

FACULTÉ DE MÉDECINE

Les métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1937

PAR

Jean AUSSILLOUX

Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Faculté

Né à Narbonne le 20 novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY: {

MM. RICHE, prof. président.
JEANBRAU, professeur.
AIMES, agrégé
GIBBAL agrégé.

| Assesseurs.

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

1937



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555203_0022

LES MÉTRORRAGIES POST-MÉNOPAUSIQUES
D'ORIGINE EXTRA-UTÉRINE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 64

FACULTE DE MEDECINE

Les métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1937

par

Jean AUSSILLOUX

Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Faculté

Ne à Narbonne le 20 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. RICHE, Professeur, président.
JEANBRAU, Professeur.
AIMES, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

48 Anatomie	MM. J. DELMAS
Physiologie	TURCHINI
Chimie biologique et médicale	L. HEDON
Physique médicale	CRISTOL
Anatomie pathologique	PECH
Microbiologie	GRYNFELT
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE,
Thérapeutique et matière médicale	BOSC
Histologie (Ch. de c.)	BOUDET
Histologie (Ch. de c.)	JEANBRAU
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Anatomie (Ch. de c.)	TERRACOL
Histologie (Ch. de c.)	CABANNE
	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Professeurs honoraires :

MM. ROJET, TEDAT, GALAVIELLE VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. III
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	N
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINI
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	RIMBAUD
	COLL. DE CARRERA
	CARRERE
	DEJEAN

La Thèse

MM. RICHE, prof. président. — MM. AIMES, professeur
JEANBRAU, professeur. — GUIBAL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme pro-
à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND PÈRE
LE DOCTEUR CHARLES AUSSILLOUX
ancien interne des Hôpitaux de Montpellier

*Je ne saurais choisir de meilleur guide
que l'exemple de sa vie et de sa*

carrière
A MA MÈRE



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MA SŒUR

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MA FILLE

A MES PLUS CHERS AMIS

moment et plus récemment durant un stage trop court
comme interne, restent inoubliables pour moi, et je ne saurais trop l'en remercier.

La préparation souvent ardue et ingrate de l'internat m'a permis d'apprécier au cours de ses conférences l'esprit de clarté et d'enthousiasme de M. le Professeur Agrégé Aimé. Rendant vivantes les questions les plus abstraites, il a su me guider et me soutenir dans mes efforts : je lui

Avant-Propos

en exprime ma profonde reconnaissance.
Et durant mon séjour comme interne dans le service de M. le Professeur Alasbuan, j'ai trouvé auprès de M. le Professeur Agrégé Guibal un conseiller toujours attentif et d'une inépuisable complaisance. Il accepte aujourd'hui

Cette œuvre n'est autre que la fin d'un long et pénible labeur, un labeur qui a été rempli par un agrégé de médecine, un homme qui a eu la chance de connaître et d'être aimé par un maître qui a su lui faire comprendre que la médecine n'est pas seulement une science, mais aussi une art, et que l'art de guérir est une œuvre d'humanité. Ce livre est le fruit de ses efforts, de ses recherches, de ses observations, de ses expériences. Il est le fruit de sa vie, de sa passion, de son amour pour la médecine. Il est le fruit de sa confiance en son maître, de sa confiance en son public. Il est le fruit de sa foi, de sa foi en la science, de sa foi en l'humanité. Il est le fruit de sa vie, de sa passion, de son amour pour la médecine.

Le service de M. le Professeur Jean Béraud fut pour moi, jeune externe, l'occasion d'entrer directement au service pratique des malades. L'enseignement lui-même que j'ai reçu de ce Maître, et la sollicitude dont il m'a entouré, me

moment et plus récemment durant un stage trop court comme interne, restent inoubliables pour moi, et je ne saurais trop l'en remercier.

La préparation souvent aride et ingrate de l'internat m'a permis d'apprécier au cours de ses conférences l'esprit de clarté et d'enthousiasme de M. le Professeur Agrégé Aimes. Rendant vivantes les questions les plus abstraites, il a su me guider et m'encourager dans mes efforts : je lui en exprime ma profonde reconnaissance.

Et durant mon séjour comme interne dans le service de M. le Professeur Massabau, j'ai trouvé auprès de M. le Professeur Agrégé Guibal un conseiller toujours affable et d'une inépuisable complaisance. Il accepte aujourd'hui de juger mon travail : je l'en remercie très sincèrement.

Je n'aurais garde d'oublier tous mes Maîtres des Hôpitaux, qui m'ont accueilli dans leurs divers services. J'exprime ma gratitude et mon admiration à MM. les Professeurs Rimbaud, Leenhardt, à M. le Médecin Colonel Augé, auprès desquels j'ai rempli les fonctions d'externe ; comme interne, je garde un souvenir reconnaissant de MM. les Professeurs Massabau, Lapeyre, P. Delmas, de M. le Professeur Agrégé Jaubon, de M. le Docteur L. Pagès.

Les conférences préparatoires à l'internat m'ont fait apprécier les leçons de M. le Professeur Agrégé Vidal, à qui je suis redevable de la plus grande partie de ma culture médicale ; je l'en remercie infiniment ainsi que M. le Docteur H. Estor qui avait assumé la tâche ingrate des conférences d'anatomie.

Le Docteur H. Guibert a bien voulu apporter sa contribution à ce travail ; en d'autres multiples circonstances, son aide et son amitié ne m'ont jamais fait défaut ; je tiens à lui en exprimer ici tous mes remerciements.

Enfin j'ai éprouvé parmi mes camarades de l'Internat une satisfaction qui ne saurait s'oublier : celle que donne l'amitié véritable.

Introduction

L'apparition de métrorragies, si minimes soient-elles, après la fin de la vie génitale, a toujours été considérée à juste titre comme un signal d'alarme. L'ovaire physiologiquement mort, involué, réduit à un bloc scléreux n'est plus capable de sécréter ses hormones ; l'utérus petit, atrophique, à la muqueuse dégénérée, est dépourvu de toute activité, et ne doit plus jamais normalement manifester sa présence. L'écoulement sanglant qui survient après un temps plus ou moins prolongé d'inertie absolue semble donc bien être dans l'immense majorité des cas l'expression d'une modification anatomique et non pas celle de l'altération d'une fonction depuis longtemps abolie.

Il est, par conséquent, raisonnable en présence d'un tel symptôme de penser tout de suite à la transformation néoplasique. Aussi est-il classique de considérer l'hémorragie post-climatérique, comme le *signal d'alarme décelant un cancer utérin* dans l'immense majorité des cas.

Certes, il n'est pas notre intention de nous élever contre cette notion : *bien au contraire*. Mais il nous a semblé que l'étude de ces métrorragies séniles envisagées sous un

angle spécial, pouvaient prêter à d'intéressantes considérations, touchant soit à leur interprétation pathogénique, soit aux décisions thérapeutiques qu'elles sont susceptibles d'entraîner.

De nombreuses discussions se sont élevées sur leur compte pendant ces dernières années et les maîtres les plus illustres ont tenu à faire connaître leur façon de penser. D'après les traités classiques, celui par exemple de notre maître le Professeur Forgue, « le seul diagnostic positif se fonde sur le curettage après dilatation et sur l'examen biopsique des masses friables enlevées ».

Le Professeur J. L. Faure lui-même, dans son livre sur « Le cancer de l'utérus », conseille encore cette pratique en 1925. Mais, à la suite d'une expérience plus poussée, il fait paraître en 1930 un article traitant des « Méfaits du curettage explorateur », à la suite duquel les avis les plus contradictoires sont émis. Plusieurs noms illustres viennent appuyer cette opinion, et Ducuing, Tixier et Pollosson, Fauchet, pour ne citer que les principaux, soutiennent avec lui que « toute femme qui perd du sang après la ménopause a huit chances sur 10 d'avoir un cancer de l'utérus ». Et à ce titre ils rejettent le curettage biopsique accusé par eux d'être dangereux, infidèle et trompeur, pour décider délibérément l'hystérectomie systématique.

Le caractère entier de cette attitude ne tarda pas à susciter des opinions contraires, et plusieurs auteurs qualifiés affirmèrent d'une part l'existence de métrorragies liées à des lésions bénignes, dans une proportion non négligeable avoisinant en moyenne 40 %, d'autre part les dangers d'une hystérectomie même entre les mains les plus exercées.

Un complément d'information était donc nécessaire et ils le trouvaient dans le curettage explorateur, plus innocent à coup sûr que l'hystérectomie systématique et digne

de foi, s'il est pratiqué dans les conditions requises. Les champions les plus déclarés de cette conception ont été Muret de Lausanne, puis Jean Quénu et Cl. Béchère entre autres.

Les discussions soutenues ont donc été comme on le voit centrées, si l'on peut dire, autour du curetage explorateur, dont les uns ne voulaient à aucun prix, mais auquel les autres faisaient entière confiance. Il n'est pas dans nos vues de reprendre trait pour trait cette discussion. Mais nous voudrions simplement attirer l'attention sur toute une catégorie de métrorragies *qui, par nature, échappent à son contrôle*, car si l'expression du trouble en cause siège bien au niveau de l'endomètre et se signale par des pertes sanglantes, *le trouble initial lui-même est en dehors de la cavité utérine*, hors de portée par conséquent de la curette exploratrice.

Il est bien entendu que par « métrorragies » nous comprenons seulement les pertes sanglantes venues de l'intérieur de l'utérus : n'entreront pas en ligne de compte les hémorragies vulvo-vaginales que certains auteurs ont eu l'imprudence de faire figurer dans leurs statistiques. Le cancer du col, nous l'écartons d'une façon absolue.

Nous éliminerons aussi toutes les causes endo-utérines de métrorragies, qui pourraient être influencées par un curetage, cancer du col ou métrite sénile, par exemple, quelle que soit la valeur qu'on semble lui attribuer. Nous avons seulement l'intention d'étudier en groupe, les causes diverses de métrorragies *dont le primum movens est extra-utérin*. Les plus importantes sont certainement celles qui se trouvent sous la dépendance d'une lésion de l'ovaire : nous leur consacrerons la première partie de ce travail.

Dans la deuxième partie nous grouperons les autres causes de métrorragies, à propos desquelles nous expose-

rons une observation fort intéressante qu'a bien voulu nous confier notre Maître Monsieur le Professeur Riche.

Enfin, dans une troisième partie nous essaierons, à la lumière des faits étudiés, de discerner les étapes à suivre dans l'établissement du diagnostic d'une métrorragie post-ménopausique.

PREMIERE PARTIE

Les Hémorragies Post-Climatériques d'origine ovarienne

Avant d'entreprendre l'étude de ces métrorragies, il est bon de faire le point et de spécifier la signification exacte que l'on attribue aux différents termes. Ainsi que le fait remarquer Cl. Béchère dans son livre récent sur les « Hémorragies utérines avant et après la ménopause », le mot ménopause n'a pas pour tous la même signification : pour les uns, il désigne la période de balbutiement de l'ovaire au soir de la vie génitale, pour les autres, la période de repos génital complet.

C'est à cette dernière conception que nous nous arrêtons, et nous éliminons tous les cas dans lesquels le repos génital complet n'a pas encore été obtenu. Par définition nous considérons donc l'ovaire comme physiologiquement éteint ; aucun follicule ne prendra plus naissance, ni aucune sécrétion hormonique normale. Tout l'arbre génital est en marche vers l'involution sénile, et ne devra plus, sauf anomalie, attirer l'attention sur lui.

Du point de vue clinique cette suspension complète du fonctionnement ovarien s'accompagne d'un syndrome clinique bien connu, dans lequel les classiques bouffées de chaleur tiennent une grande place, nettement soulignée par A. Bécclère à la suite d'expériences de castration Roentgennienne. Une suspension brusque de ces signes permet de penser à une reprise de la fonction ovarienne; au contraire, la marche vers la ménopause absolue s'accompagne d'un effacement progressif de ces troubles, variable suivant les sujets considérés.

Quoi qu'il en soit, nous nous sommes attachés à ne nous arrêter qu'aux métrorragies survenues chez des femmes dont l'état de ménopause était indiscutable. La plupart de nos observations se rapportent à des malades ayant dépassé l'âge critique depuis plus d'un an, et qui avaient franchi tout ce temps sans constater la présence d'aucun écoulement sanguin même minime. Ces troubles vago-sympathiques n'étaient plus qu'un souvenir, et la nature de la perte nouvelle ne pouvait prêter à aucune ambiguïté.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les métrorragies post-climatériques d'étiologie ovarienne, si à l'ordre du jour actuellement, n'ont pas été méconnues par les auteurs classiques. L'excellent travail de Delespine, étudiant les rapports des métrorragies avec les affections annexielles, remonte à 1905, et nous y avons puisé des considérations fort intéressantes. Terrier et Bouilly semblent, d'après lui, avoir été les premiers à signaler cette éventualité. Terrier, dans son étude des kystes de l'ovaire, signale en terminant « ce fait assez inattendu qu'après la ménopause, le développement de néoformations ovariennes paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus ; d'où la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant et plus ou moins régulier ».

En 1899, Bouilly les étudie à son tour et peut en réunir 8 observations. Dans la suite, ces métrorragies sont signalées dans divers travaux, parmi lesquels nous n'aurions garde de taire l'intérêt des études entreprises par les auteurs montpelliérains.

Dans sa remarquable thèse sur les tumeurs de l'ovaire, le Professeur Massabuau signale leur possibilité en rapportant le cas de Glockner.

Plus tard, en 1912, avec le Professeur Forgue, il insistera sur le rôle important joué par l'ovaire dans les métrorragies de la ménopause, attirant l'attention sur son rôle dans le mécanisme des métrorragies.

Puis de Rouville avec Sappey reviennent sur cette idée, l'exploitent dans le même sens, et rendent classique la conception Montpelliéraine des hémorragies de l'âge critique.

En 1913, Massabuau et Etienne, dans une étude sur l'épithélioma de l'ovaire, rapportent un cas de métrorragie post-climatérique d'origine ovarienne.

Citons enfin la thèse de Bentkowski, en 1920, qui relate un cas de métrorragies survenues à 60 ans, sous la dépendance d'un épithélioma de l'ovaire, et signale leur valeur symptomatique dans le diagnostic des tumeurs ovariennes.

Néanmoins le travail d'ensemble plus important réalisé sur la question est certainement la revue générale publiée en 1924 par Moulonguet, et sur laquelle nous aurons maintes fois l'occasion de revenir: il en rapporte 50 observations, parmi lesquelles 7 personnelles, 19 relevées dans le service du Professeur Hartmann et encore inédites. Nous aurons à discuter certaines interprétations pathogéniques qu'il suggère, mais dès maintenant nous pouvons avec lui répéter, en mettant bien entendu hors de cause les cancers utérins: « De toutes les causes capables de produire des métrorragies après la ménopause, ces néoplasies ovariennes sont, croyons-nous, la plus importante ».

A la suite de ce travail dominant, les observations se sont multipliées dans la littérature; Moulonguet en publie dans un nouveau mémoire, en 1930, 5 nouvelles observa-

tions. Les auteurs allemands, surtout R. Meyer et Neumann, s'attachent à l'interprétation physiopathologique et lui donnent un tour un peu différent, insistant surtout sur le pouvoir hormonal de certaines tumeurs de l'ovaire.

Mais, quoi qu'il en soit du mécanisme pathogénique, les nombreuses observations publiées nous montrent que l'étiologie ovarienne des métrorragies post-climatériques, ne constitue pas une rareté exceptionnelle. Il est néanmoins difficile de se faire une idée exacte de leur fréquence, car les statistiques donnent sur ce point des indications très divergentes. Adler, sur 47 cas, relève 4 cancers de l'ovaire; Keller, sur 58 cas, trouve 3 cancers de l'ovaire, et 1 cancer de la trompe. Le même auteur, Ducuing, publie deux statistiques assez différentes, puisque dans la première, après avoir éliminé les cancers du col, figurent 70 cas de métrorragies post-ménopausiques, parmi lesquels 3 cancers des ovaires; et dans la seconde, sur 39 cas, se retrouvent 7 tumeurs ou kystes de l'ovaire.

Imbert, Mosinger et Haimovici, sur 60 cas de métrorragie sans cancer du col relèvent 5 cancers et 2 kystes.

Gambarow tout récemment cite 20 cas de tumeurs ovariennes dont 10 avaient dépassé l'âge critique, et dont 6 étaient porteuses de tumeurs malignes. Mais à l'opposé de ces auteurs qui reconnaissent une relative fréquence à cette étiologie, d'autres lui attribuent une rareté plus grande, tels Bérard et Leclerc, qui dans une statistique de 98 cas ne citent qu'un seul kyste ovarien.

Aussi, malgré ces divergences, et peut-être à cause d'elles, ne croyons-nous pas inutile de réunir en une même étude ces divers travaux, et d'essayer de dégager à la fois l'individualité clinique du syndrome, et les horizons pathogéniques qu'il est susceptible d'ouvrir.

CHAPITRE II

Étude anatomo-clinique

I. — LES CARACTERES CLINIQUES DE L'HEMORRAGIE

Les diverses manifestations hémorragiques du tractus génital féminin revêtent habituellement des caractères assez spéciaux dont l'individualité repose tantôt sur l'horaire régulier des pertes sanglantes, tantôt sur leur abondance relative, tantôt sur l'aspect de pertes, faites de sang un peu roussâtre, mêlées de sérosité, empestant le linge en y produisant des taches en cocarde; on les oppose aux métrorragies abondantes de sang pur, qui correspondent par exemple à un fibrome utérin.

Dans les cas de métrorragies post-climatériques, quels renseignements pouvons-nous retirer des caractères cliniques de la métrorragie ? Plusieurs traités classiques donnent comme très spéciales les métrorragies du cancer du corps, essentiellement irrégulières, ou les métrorragies horriblement fétides de la métrite sénile. En réalité, il semble bien que ces renseignements soient bien loin d'avoir une valeur absolue et chaque lésion peut, à elle seule, se

marquer par des métrorragies très polymorphes. Néanmoins, il est possible d'en distinguer artificiellement deux types : l'un se rapprochant surtout des métrorragies néoplasiques, le second paraissant plus régulier et affectant parfois une allure périodique.

Le premier est de beaucoup le plus fréquent, quelle que soit la cause de l'hémorragie. Rarement l'écoulement est d'emblée important, mais l'écoulement peut se produire : « On peut voir des femmes ayant cessé d'être réglées depuis plusieurs années, et qui sont prises, tout à coup, d'une perte de sang abondante à l'occasion d'une chute, d'une longue course en voiture, d'une marche prolongée. L'hémorragie s'arrête au bout de quelques heures, d'une ou deux journées au plus, et elle se reproduira après un temps plus ou moins long, quelquefois avec une périodicité régulière ; mais presque toujours on constatera d'une hémorragie à l'autre, un suintement coloré ». Ces quelques lignes de J. L. Faure suffisent à nous montrer quelle diversité d'allure peut revêtir l'hémorragie symptomatique d'un cancer endocavitaire : plus que de son abondance, il faudra se préoccuper de la continuité de l'écoulement. Mais il ajoute que bien d'autres causes peuvent provoquer des métrorragies ne différant en rien de celles-ci. Et la lecture des observations publiées par nombre d'auteurs permet de se rendre compte que *toute cause de métrorragies peut simuler à s'y méprendre les métrorragies cancéreuses*. On pourrait en citer de très nombreux exemples : c'est Douay, qui opérant pour des métrorragies avec hydrorrhée une femme ménopausée depuis 14 ans, se trouve en face d'un cancer de l'ovaire ; c'est Fleurent, qui trouve, chez une femme présentant un écoulement continu, pâle et sanguinolent, une tumeur de l'ovaire ; c'est Vozza qui dans des conditions analogues rencontre un épithélioma de la trompe, et ainsi de suite.

Il en résulte que l'allure irrégulière de la métrorragie, le suintement continu, les pertes rosâtres plus ou moins intermittentes, l'influence de la fatigue et des secousses, s'ils constituent le tableau classique de la métrorragie par cancer endo-utérin, peuvent aussi se rencontrer chez des malades présentant une lésion extra-utérine. Elles ne sont donc en aucune manière capables d'orienter le diagnostic dans tel ou tel sens.

Mais à ce type de métrorragies, nous avons dit qu'on pouvait en opposer un second plus régulier, quelquefois même périodique, pseudo-menstruel. Dans ce cas, entre les hémorragies pas le moindre écoulement; quand il survient, il est assez abondant, rouge vif, comporte quelques caillots et reste sans odeur mauvaise. Mais il faut savoir encore que tous ces signes n'ont en eux-mêmes aucun pouvoir de discrimination, car ils peuvent aussi être produits par les lésions les plus diverses. J. L. Faure les signale, à titre exceptionnel il est vrai, dans le cancer du corps. Néanmoins, il est raisonnable de dire que ce type de métrorragies peut faire penser plus volontiers à une néoplasie ovarienne et les anciens auteurs avaient pu à leurs sujets parler d'un « rappel de règles ».

Delespine, en 1905, en comprend déjà l'importance, et juge que malgré leur allure physiologique, il faut savoir en soupçonner l'origine pathologique. Il existe, écrit-il, « des hémorragies à allure périodique survenant chez des femmes ménopausées depuis quelques années déjà. Il est bon de se tenir en garde contre ces faux retours de la menstruation; il ne faut pas, sans examen, faire chorus avec ces malades et se féliciter avec elles d'un état de choses dont elles n'ont que trop de tendance à se glorifier. Il faut réclamer instamment un examen local; dans la plupart des cas, on arrivera ainsi à trouver une explication pathologique à ces retours toujours suspects d'une im-

probable juvénilité ». C'est la seule conclusion logique à tirer ; mais cette origine peut être aussi bien utérine qu'ovarienne, maligne que bénigne.

Le caractère clinique des métrorragies, à lui seul, n'est donc d'aucun secours pour le diagnostic : une tumeur de l'ovaire peut se traduire par une hémorragie irrégulière et peu abondante, un cancer du corps utérin peut provoquer des métrorragies d'allure pseudo-menstruelle.

Quelques phénomènes accessoires, inconstants et souvent plus tardifs que la métrorragie, peuvent venir compléter le tableau et apporter des renseignements supplémentaires. Ainsi, par exemple, après quelques métrorragies étagées sur deux ou trois mois, apparaît une augmentation de volume de l'abdomen ; on pensera alors à une ascite symptomatique d'une tumeur ou d'un kyste de l'ovaire. Les douleurs, les pesanteurs pelviennes, les troubles urinaires, les irradiations névralgiques, suivant leur territoire peuvent orienter le diagnostic. Mais il est bien certain que ces signes fonctionnels sont tardifs, et on ne les rencontre qu'au stade de tumeur constituée ; alors souvent le toucher vaginal est capable de mettre en évidence une tumeur latéro-utérine ou une augmentation de volume du corps utérin, aiguillant déjà le diagnostic.

Il est bon d'attirer l'attention sur des phénomènes plus intéressants quoique plus rares, et qui n'ont été mis en évidence que dans ces dernières années : nous voulons parler de manifestations d'allure endocrinienne, se rencontrant dans une catégorie toute particulière de tumeurs : troubles vaso-moteurs passagers, poussées de congestion mammaire, pesanteur par congestion pelvienne passagère, que Mullerheim a pu attribuer à des décharges anormales de folliculine par une tumeur ovarienne. Lorsque ces signes se rencontrent, ils s'accompagnent évidemment de métrorragies du type cataménial et ce syndrome peut

alors permettre de préciser l'origine de l'hémorragie. Mais il est bien évident qu'il s'agit là d'une éventualité fort rare, dont l'intérêt est surtout théorique. Elles ne sauraient que très rarement entrer en ligne de compte.

En somme, le tableau clinique des métrorragies post-climatériques, si variables, ne fournit que très rarement des indications précises sur l'origine du trouble. Ainsi s'explique la discussion passionnée tenue autour du curettage explorateur et des divers procédés d'investigation intra-utérine, qui cependant, quels qu'ils soient, ne sauraient donner à l'esprit du chirurgien une quiétude absolue.

ETIOLOGIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

II. — Ayant ainsi décrit les hémorragies après la ménopause dans leurs formes diverses, nous allons étudier *dans quelles lésions de l'ovaire on peut les rencontrer*. Il semblerait que les tumeurs de type folliculaire dussent être les seules à la provoquer, car seules elles paraissent douées d'une activité endocrinienne. En réalité, comme l'a dit Moulonguet, tous les types de néoplasie peuvent les produire.

Nous avons pu recueillir, tant dans les archives du service de Gynécologie, parmi les observations de M. le Professeur de Rouville, que dans les archives du service de M. le Professeur Riche, plusieurs cas cliniques fort intéressants qui le démontrent.

a) LES KYSTES DE L'OVAIRE, végétants ou non, du type germinatif ou du type Wolffien, peuvent produire des métrorragies. Terrier l'avait signalé.

En 1904, Camelot consacre un travail à cette question; Delespine cite les 8 observations de Bouilly, plus 3 personnelles.

Plusieurs observations de Moulonguet en font foi.

Bérard en publie un cas à la Société de chirurgie de Lyon en 1923; Debenedetti en cite un autre dans sa thèse en 1924.

Nous avons pu personnellement en relever 5 cas qui nous ont paru suffisamment démonstratifs, pour mériter d'être rapportés dans cette étude. Les observations par elles mêmes sont banales, et nous les résumerons à leurs traits essentiels.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

A... Philippine, veuve E..., 54 ans.

Entre le 12 Mai pour une augmentation énorme du volume de l'abdomen.

Antécédents: deux enfants avec accouchements normaux. Pas de fausses couches.

Ménopausée depuis 3 ans.

Depuis le mois de Janvier 1909, à deux reprises, pertes rouges, peu abondantes, inodores, durant chaque fois 3 à 4 jours. Le ventre, qui avait depuis plusieurs années commencé à grossir, a progressé dès lors bien plus rapidement pour arriver à un volume considérable actuellement.

A l'examen, il s'agit manifestement d'un volumineux kyste de l'ovaire, déformant le ventre «en obusier». La malade n'a jamais ressenti de douleurs, elle est simplement gênée.

Intervention, le 27 Mai, sous anesthésie générale (Prof. de Rouville) Ovariectomie simple après ponction du kyste, dont il s'écoule un liquide analogue à du sirop de gomme. Section du pédicule dont les vaisseaux sont très dilatés.

Les suites opératoires se passent sans incident.

A l'examen de la pièce on se trouve en présence d'un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Au niveau du pavillon de la trompe qui est très allongée, masse comme une tête de fœtus à terme, formée de kystes petits et multiples et de parties dures. Un de ces kystes est hémattique.

OBSERVATION II.

M... Angéline, 67 ans.

Entre le 13 Septembre 1927 pour augmentation de volume du ventre, provoquée par un kyste de l'ovaire.

Une seule grossesse; rien à signaler, accouchement normal. Ménopausée à 51 ans.

Il y a six mois elle a eu des petites pertes rouges pas abondantes, non douloureuses, qui ont duré 7 à 8 jours.

Après ces pertes, elle remarque que son ventre augmente de volume, surtout depuis le mois dernier. Quelques douleurs lombaires.

Pas de constipation.

Œdème léger des membres inférieurs.

L'intervention consiste en une simple ovariectomie et se passe sans incidents ainsi que les suites opératoires.

OBSERVATION III.

D... née C., 56 ans.

Ménopausée depuis deux ans. Un an après, petites pertes rouges deux à trois jours pendant deux mois consécutifs.

Puis ensuite, apparaissent brusquement des envies fréquentes d'uriner; pas de troubles de la défécation. Depuis lors le ventre a grossi. Douleurs dans les reins et le bas ventre, pas de pertes, amaigrissement.

Entre pour des douleurs dans le bas ventre, dans les reins et l'an^{us}.

Antécédents: réglée à 12 ans, règles régulières, pas abondantes. 2 grossesses avec deux accouchements normaux.

Au palper, masse de la grosseur d'une tête d'adulte, à gauche, mobile, rénitente, régulièrement lisse. A droite et au-dessus de l'arc pubien petite masse de la grosseur d'un œuf de poule, dure et lisse. Col dur, bloqué par des masses dures, rénitentes, dans le Douglas et les culs de sac latéraux. Le col est un peu remonté. L'utérus se perçoit un peu au-dessus du pubis, de grosseur normale.

Diagnostic: Kyste papillaire de l'ovaire sans ascite.

Intervention sous rachianesthésie. Extirpation du kyste mobile qui est en rapport avec l'ovaire gauche. Le Douglas est bloqué par une masse développée aux dépens de l'ovaire droit et de l'ovaire gauche, masse kystique.

Hystérectomie subtotale; Suture en trois plans.

Urémie post-opératoire progressivement ascendante jusqu'à 2 g. 80, redevient ensuite normale. Guérison.

Tumeur de l'ovaire à forme de kystes végétants sans ascite; aucune végétation à la surface du kyste.

OBSERVATION IV.

G... Louise, 66 ans, épouse C...

Entre le 23 Septembre 1929 pour volumineuse tumeur de l'abdomen et *métrorragies*.

Antécédents: 6 grossesses, 4 morts né.

Depuis son dernier accouchement, à 40 ans, n'a plus eu de règles pendant 25 ans.

Il y a un an et demi qu'elle présente un suintement sanguin qui augmente peu à peu d'abondance et de durée; véritables *métrorragies*.

Ces pertes sont très irrégulières, discontinues, capricieuses mais abondantes. En même temps, se développe insidieusement une tumeur abdominale qui actuellement a un volume considérable.

Pas de troubles fonctionnels, à part de la constipation.

Examen: Tumeur paraissant indépendante de l'utérus.

Diagnostic: Kyste de l'ovaire droit.

Antécédents généraux: 2 érysipèles, zona, bronchite chronique, emphysème.

Intervention: 30 Septembre: Anesthésie générale au Balsoforme. Kyste de consistance dure, bosselé. Incrustations calcaires.

Décès par broncho-pneumonie post-opératoire.

OBSERVATION V.

La malade entre à l'hôpital le 20 Juin 1933 pour douleurs à type de coliques néphrétiques dont elle aurait souffert à 3 reprises. Au cours d'un des examens, on a

noté une tumeur abdominale basse: c'est ce qui a motivé l'hospitalisation.

Normalement réglée jusqu'à 47 ans. N'avait rien eu depuis 10 mois lorsqu'il y a un mois et demi, des pertes rouges avec caillots sont apparues: abondance peu considérable, pas de glaires, pas de pus. L'hémorragie s'est reproduite à 3 reprises en un mois et demi.

Réglée à 14 ans, normalement.

5 enfants en bonne santé.

1 goître parenchymateux est apparu depuis la ménopause environ.

Intervention le 1 Juillet 1933 sous raché anesthésie à la scurocaïne 14 cc. (Prof. Riche).

La tumeur est un kyste de l'ovaire à pédicule tordu à deux tours de droite à gauche. Il était fixé et basculé en avant, d'où l'impression qu'il faisait corps avec l'utérus. Celui-ci, de petit volume présente un noyau fibromateux sous séreux de la grosseur d'une noisette, l'ovaire droit est gros et polykystique.

Hystérectomie subtotale. Fermeture sans drainage. Suites opératoires sans incidents.

Telles quelles, ces observations appellent quelques commentaires.

Dans 3 cas (obs. I, II et V) il s'agissait de kystes mucoïdes sans caractère spécial, du type communément rencontré et qui habituellement ne se signalent pas à l'attention par des métrorragies. Quand elles existent celles-ci semblent coïncider avec une poussée évolutive: telle la malade de l'observation I, dont l'abdomen avait déjà grossi lentement et qui, à la suite de métrorragies survenues à deux

reprises a précipité rapidement son augmentation de volume.

Dans l'observation II, on constate que les pertes sanguantes ont marqué le début de l'évolution, aucun signe antérieur n'ayant été relevé.

Dans l'observation V, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire tordu. Les métrorragies par torsion du kyste ne sont pas chose rare chez des femmes encore en période d'activité génitale; dans le cas particulier, il semble bien que le mécanisme n'en soit pas différent et il est raisonnable de ne pas chercher à l'expliquer par autre chose que par des phénomènes congestifs ou réflexes. En tous cas, chez cette malade, il paraît hors de doute que la métrorragie ait été sous la dépendance du kyste, malgré l'existence constatée à l'opération d'un petit nodule fibromateux sous séreux, et d'un ovaire gros et polykystique du côté opposé.

Delespine rapporte le cas tout à fait analogue au nôtre d'une malade ménopausée depuis 27 ans, dont les métrorragies, accompagnées de douleurs abdominales, ont été guéries par l'extirpation du kyste.

Certes, pour éliminer certainement le rôle de cet ovaire, il eut fallu un examen histologique que nous regrettons de ne pas avoir; toutefois la question des « ovaires à petits kystes » si bien étudiée à Montpellier, ainsi que nous l'avons dit, semble bien ne pas entrer en jeu après la ménopause. Quoi qu'il en soit, et même si cet ovaire participait à l'étiologie de la métrorragie qui nous occupe, il ne nous ferait pas sortir du cadre des hémorragies d'origine ovarienne.

Dans les observations III et IV, il s'agit de kystes présentant des parties solides. Dans l'une (obs. III) il s'agit de kystes végétants, mais sans prolifération à la surface du kyste. Ceci, joint à l'absence d'ascite, nous permet à

défaut d'un examen histologique, de ne pas le ranger dans la catégorie des tumeurs malignes. Et dans l'autre (obs. IV) on trouvait des incrustations calcaires, qui donnaient au kyste une consistance dure et un aspect bosselé.

Il reste, pour juger de la filiation entre le kyste et la métrorragie, de savoir le rôle joué par l'intervention.

Dans les observations III et V aucune conclusion ne peut être tirée, car c'est une hystérectomie qui a été pratiquée. Il est bien clair que du même coup ont été abolies toutes chances de métrorragies.

Dans l'observation IV, la malade est décédée par broncho-pneumonie post-opératoire.

Mais dans les deux autres (I et II) seule une ovariectomie a été pratiquée, et tant que la malade est restée sous le contrôle aucune métrorragie n'a été notée. Malheureusement les malades ont ensuite été rapidement perdues de vue, ce qui détruit la possibilité d'une conclusion formelle. Néanmoins, il reste logique, en l'absence d'autre lésion, d'attribuer l'hémorragie au kyste, seul désordre anatomique constaté.

D'ailleurs, si ce critère absolu nous manque, d'autres auteurs ont pu l'apporter: c'est ainsi que Debenedetti, entre autres, cite le cas d'une malade ménopausée présentant des métrorragies que l'extirpation d'un kyste de l'ovaire a complètement transformée au bout de 7 mois.

Ainsi donc à la suite de Terrier, Bouilly, Delespine, Moulouguet et d'autres encore, il nous est permis de rapporter des exemples de métrorragies par kystes de l'ovaire. Si dans les cas que nous citons, cette affection constitue le nombre le plus grand, cela paraît tenir seulement à la fréquence plus grande des kystes de l'ovaire que des autres néoformations: toutes proportions gardées, les métrorragies semblent plus fréquentes dans d'autres catégories de tumeurs que nous allons envisager.

b) LES TUMEURS CONJONCTIVES DE L'OVAIRE

dont le tableau clinique habituel est surtout dominé par la présence d'une ascite abondante donnent lieu assez volontiers, semble-t-il, à des **métrorragies**.

Pour Dartigues, dans les cas de fibromes, elles surviendraient avec une assez grande fréquence. Pour d'autres, le *sarcome* serait, de toutes les tumeurs solides, celle qui prédisposerait davantage.

Delespine en cite deux cas et ajoute : « Le sarcome est, de toutes les tumeurs solides de l'ovaire celle qui, de beaucoup, donne le plus souvent lieu à des hémorragies ; puis vient le fibrome et enfin le cancer ». Il est rare, chez les femmes âgées, qu'il se rencontre. Bonnet a pu en rapporter un cas, en 1930, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Cette femme avait été traitée par la radiothérapie pour des hémorragies de la ménopause. 8 mois plus tard, les hémorragies reparaissent et l'intervention montrait une tumeur de l'ovaire avec ascite sanguinolente. Histologiquement, cette tumeur était identifiée « sarcome globo-cellulaire ».

Le fibrome est plus fréquent et nous avons pu en relever une observation typique dans les archives du service de Gynécologie.

OBSERVATION VI.

Madame M..., âgée de 63 ans, entre dans le service de Monsieur le Professeur de Rouville le 18 février 1928. Elle est ménopausée depuis d'âge de 45 ans.

Depuis un an et demi environ, elle présente des pertes rosâtres et ressent une impression de pesanteur pelvienne.



Fig. 1.- En a, b, c, une zone de prolifération fibrocytaire; d, e, zone de prolifération fibreuse; f, aspect myxomateux; g, h, paroi vasculaire en hyperplasie collagène (1)

1875

1875

1875

Aucun amaigrissement n'a été noté; l'état général est bien conservé.

Dans les antécédents, on note 8 enfants dont 5 sont morts en bas âge; 1 avortement à 2 mois de grossesse.

Pas d'antécédent pathologique important.

L'examen permet de percevoir, par la palpation, une tumeur dure, bosselée, à peu près médiane et remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Par le toucher vaginal on perçoit la même tumeur dont un lobe fait saillie dans le cul de sac gauche. Elle est aisément mobilisable, mais il est difficile de savoir si la tumeur est utérine ou extra-utérine. Le col est un peu augmenté de volume.

Le 23 février 1928, intervention sous rachianesthésie à la Scurocaine (12 cgs) par le Professeur de Rouville. Incision médiane sous ombilicale. On aperçoit une grosse tumeur blanchâtre, remontant jusqu'à l'ombilic, dure en certains points, kystique en d'autres. Cette tumeur est extirpée avec quelques difficultés à cause de son volume. On se rend compte alors qu'elle est développée aux dépens de l'ovaire gauche. Une pince est mise sur le pédicule ovarien, qui est ligaturé et sectionné. *L'utérus et les annexes droits sains, sont laissés en place.* Fermeture en 3 plans. Drainage capillaire sous-cutané.

Les suites opératoires se passent sans incident. L'examen histologique dû à l'obligeance du Dr Guibert a donné les résultats suivants :

L'examen histologique a porté sur plusieurs fragments de la tumeur ovarienne considérée. Les uns étaient de consistance très dure, les autres plus mous, présentaient par places un aspect gélatineux.

Ce qui frappe tout d'abord, à un faible grossissement, c'est le polymorphisme des aspects histologiques ; dans une même préparation, souvent dans un même champ mi-

microscopique, on a affaire tantôt à des *plages cellulaires* soit compactes (fig. 1), soit dissociées par des traînées plus ou moins denses de fibres collagènes, tantôt à des *plages fibrillaires*, les unes d'aspect myxoïde (fig. 1), les autres d'un aspect homogène, anhiste presque, en tout cas très pauvres en éléments figurés (fig. 2); tantôt enfin, à des espaces très riches en lacunes sanguines dilatées plus ou moins rompues d'ailleurs (fig. 2).

Ce grossissement permet en outre de constater que la plupart des vaisseaux sanguins ont une paroi considérablement épaissie (fig. 1).

De même, on remarque que les follicules de de Graaf font complètement défaut.

L'étude histologique minutieuse à un *grossissement plus fort* permet de se rendre compte que les différents aspects histologiques que nous venons de mentionner résultent d'une prolifération considérable des *éléments fibroblastiques* de l'ovaire considéré.

Suivant les points examinés, la multiplication des fibrocytes l'emporte sur la différenciation des fibrilles collagènes ou inversement.

Ces fibrocytes sont des éléments fortement tassés les uns contre les autres et dont on distingue mal les limites cytoplasmiques; le noyau, généralement ovoïde, est régulier et assez pauvre en chromatine: on aperçoit parfois en son intérieur un nucléole plasmatique.

Les fibres collagènes sont de densité variable: les unes tramulaires, les autres tellement épaisses que les fibroblastes se distinguent mal au sein de ces coulées de collagène très compactes. En ces points, il s'agit presque d'un tissu anhiste.

Dans tous ces territoires, la substance collagène est normalement colorée par les réactifs électifs de cette substance: Orange G et noir naphthol notamment.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi : en effet, les plages compactes de substance collagène perdent, en certains points, leur affinité tinctoriale normale. Elles prennent alors une teinte dégradée en rapport soit avec un processus de dégénérescence œdémateuse, d'où l'aspect myxoïde, soit avec un processus de dégénérescence fibrinoïde. Ces lésions dégénératives résultent, sans nul doute, de phénomènes ischémiques dus à des lésions de sclérose vasculaire.

C'est en effet, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, un des caractères les plus évidents de cette fibrose ovarienne, que l'état des parois vasculaires. Différents stades pourraient être décrits en détail. Nous nous contenterons, ici, de les résumer, en quelque sorte, en notant que l'épaississement des fibres collagènes de la paroi des vaisseaux marche de pair avec une atrophie de l'endothélium : une des phases ultimes de ce processus est caractérisée par une coulée collagène très épaisse, limitée du côté interne par des vestiges lamelliformes de cellules endothéliales. Et l'on comprend dès lors que la lumière du vaisseau aussi mal délimitée, paraisse parfois inexistante, l'artériole sclérosée présentant alors l'aspect d'un cordon fibreux.

L'appareil vasculaire de cette tumeur ovarienne ne se présente pas toujours sous cet aspect de *sclérose oblitérante*. En effet, dans les territoires en dégénérescence nécrobiotique, les vaisseaux sanguins sont souvent le siège d'une réaction lymphocytaire assez importante témoignant vraisemblablement d'un certain degré d'inflammation aseptique. La paroi de ces vaisseaux, altérée par le processus dégénératif se laisse distendre, d'où un aspect *télangiectasique* tout particulier. En ces points, des ruptures vasculaires se produisent, donnant lieu à de vastes foyers hémorragiques.

Indiquons ici à nouveau, qu'une étude très attentive à ce fort grossissement ne nous a pas permis de découvrir la moindre trace de follicule ovarien ni normal, ni atrophié.

En résumé, on se trouve en présence d'un fibrome de l'ovaire. Cette tumeur est à la fois fibrocytaire et fibrillaire. Elle est le siège d'un processus de sclérose, surtout marqué au niveau des vaisseaux sanguins: il en résulte des troubles circulatoires se traduisant par des lésions dégénératives d'œdème nécrobiotique et de dégénérescence fibrinoïde.

Les éléments folliculaires font complètement défaut.

Cette observation nous a paru assez intéressante à rapporter, car s'il est classique d'attribuer un pouvoir hémorragique aux fibromes, nous en avons rencontré assez peu d'observation. La plus considérable statistique remonte à la thèse de Bourgoïn en 1894, citée par Dartigues en 1899. Elle porte sur 21 cas de fibromes dont 5 se sont marqués par des hémorragies, Delespine en rapporte une observation.

Et, en dehors des cas cités dans le travail de Moulon-guet, nous ne trouvons qu'une observation publiée par Brocq en 1927, qui fait ressortir la guérison des métrorragies par ablation simple de la tumeur.

c) TUMEURS EPITHELIALES : On en rencontre des cas assez nombreux dans la littérature: à cause de leur malignité et de leur fréquence assez grande, elles revêtent une particulière importance. Si en effet, il est relativement peu grave de se contenter d'une exploration intra-utérine négative, et de laisser évoluer un fibrome de l'ovaire, la méconnaissance d'un épithélioma laissera passer l'heure chirurgicale et compromettra toutes chances d'une thérapeutique efficace. C'est là dessus qu'insistent

les auteurs qui ont pu en signaler des cas, et c'est en somme un des griefs les plus sérieux au passif du curetage.

Le cas d'épithélioma de l'ovaire accompagné de métrorragies qui nous paraît le plus ancien est sans doute celui de Glockner, cité par Massabuan dans sa thèse. Plus récemment, nous l'avons dit, on trouve le travail devenu classique de Massabuan et Etienne en 1913, puis la thèse de Bentkowski en 1920. Moulonguet en rapporte ensuite plusieurs cas inédits et d'autres publications voient le jour après son travail. En 1927, Ahumada en rapporte deux cas; en 1928, Fleurent en ajoute un personnel; en 1929, paraissent les 8 cas de Schiffmann, les 2 cas de Strauss, le cas de Hamant, Cornil et Mosinger. Citons enfin depuis ce moment, les publications de Douay, de Goutallier, de Brocq et Chabrut. Enfin tout récemment, en 1936, Moulonguet et Leveuf rapportent leur dernier cas dont l'intérêt réside dans les dimensions microscopiques de la néoplasie, invisible à l'œil nu. Nous aurons d'ailleurs plus loin, l'occasion de revenir sur cette particularité.

Les observations ne manquent donc pas dans ces dernières années. Et nous pouvons faire figurer ici un cas encore inédit, intéressant par plusieurs points.

OBSERVATION VII.

Madame D..., Veuve P..., entre au service le 10 juin 1932. Elle a été opérée en janvier 1930 d'un kyste de l'ovaire (hystérectomie sub-totale) à Marseille. Les suites opératoires ont été pénibles: la malade a présenté une phlébite et s'est remise bien lentement des fatigues de l'intervention. Vers janvier 1932, poussées répétées d'entérite qui l'affaiblissent et l'obligent à s'aliter. Depuis, amaigrisse-

ment sans arrêt (elle aurait perdu 25 kilogs en quelques mois).

Au début de mai, le ventre a augmenté très rapidement de volume, sans aucune douleur, ni manifestation de compression et c'est cette augmentation qui a motivé l'entrée dans le service. *Depuis un mois et demi, la malade a perdu à deux reprises du sang par le vagin.*

Antécédents : rien à signaler, pas de grossesse, pas d'avortement.

B. W. négatif.

A l'examen : augmentation considérable du volume de l'abdomen, comparable à une grossesse de 6 mois. Au palper on délimite dans la région hypogastrique, débordant nettement sur les fosses iliaques, une masse volumineuse et bien limitée, fluctuante au centre et sur le bord gauche, nettement dure et résistante dans le flanc droit.

Toucher vaginal : col abaissé et refoulé vers la gauche ; pas de formation néoplasique à son niveau pouvant expliquer la métrorragie ; en arrière de lui, on perçoit une grosse masse occupant le Douglas et qui semble à la fois kystique et légèrement mobilisable.

Passe au Centre Anti-cancéreux pour traitement physiothérapique. Déclin progressif de l'état général. Quitte le C. A. C. au début d'avril 1932. Le décès survient quelques jours après.

Il nous manque pour compléter cette observation les notions histologiques. L'hystérectomie pour kyste de l'ovaire pratiquée dans une autre ville ne nous fournit que bien peu de renseignements. Néanmoins, le diagnostic de récurrence de tumeur épithéliale de l'ovaire nous a paru s'imposer avec assez d'évidence : et la tumeur étant, lors de l'arrivée de la malade, justiciable uniquement de la physiothérapie, les notions cliniques ont été considérées

comme suffisantes. Quant aux pertes vaginales signalées, elles ne peuvent être que sous la dépendance de la tumeur observée, puisque le toucher permettait de sentir un col d'apparence normale, simplement refoulé par la tumeur dont il demeurerait indépendant. On peut dès lors très bien concevoir la possibilité d'une métrorragie reconnaissant comme *primum movens* la tumeur ovarienne, et se manifestant grâce à ce qui restait de muqueuse utérine endocervicale. Il ne s'agit là évidemment que d'une hypothèse, mais nous ne voyons guère en dehors d'elle, comment on pourrait expliquer cette métrorragie. Nous avons tenu, dans cette étude d'ensemble, à rapporter cette observation malgré son allure stypique; son caractère hypothétique ne nous paraît pas capable de lui enlever tout intérêt.

d) TUMEURS FOLLICULAIRES : Nous engloberons sous cette dénomination un groupe de néoplasies dont la classification est encore discutée, et dont le cadre histogénétique n'est pas encore parfaitement déterminé. Sans entrer dans des discussions histologiques qui risqueraient de nous entraîner un peu loin de notre sujet, nous grouperons sous ce titre les différentes tumeurs dans lesquelles les éléments du follicule ovarien sont appelés à jouer un rôle. Et nous éviterons de les appeler folliculomes, terme auquel certains ont voulu donner un sens beaucoup plus restreint.

La plus importante d'entre elles, celle à qui Babès trouve que l'on devrait réserver le nom de folliculome, c'est la *tumeur à cellules de la granulosa* (*granulosazell-tumoren* des auteurs allemands). De nombreux travaux lui ont été consacrés. Elle tire son intérêt du fait que parmi toutes les tumeurs ovariennes, c'est certainement celle qui produit le plus souvent des hémorragies: dans la statistique de Szathmary, chez les femmes âgées de plus de 50

ans, elles se traduisent uniquement par elles dans 85 % des cas. De plus, elles donnent lieu à une sorte de reviviscence des puissances hormonales de l'ovaire; car pour Schröder, ce serait précisément de la granulosa que proviendrait la folliculine dont on connaît le pouvoir hémorragique. Elles peuvent survenir à tout âge, et même elles ont ceci de remarquable qu'elles apparaissent de préférence, dans les périodes où normalement l'ovaire doit ne donner lieu à aucune manifestation. Après la ménopause, plusieurs auteurs en ont donné des observations: les plus anciennes ont été publiées par Von Werdt à qui il faut attribuer la paternité de la désignation; il en donnait 6 cas, repris par Babès en 1928, dans une revue générale. En 1926, Isbruch peut en publier 3 cas. En 1930, paraît le plus gros travail sur la question: il est de Robert Meyer, dont le nom fait autorité en la matière et qui réunit les 30 cas connus jusqu'à lui. La même année, Klasten en signale 4 cas (il publiait en même temps un autre cas chez une fillette de 4 ans): Puis, en dehors de quelques observations isolées (Garfinkiel, Lellbach, Rummeld), les 8 cas de Fauvet en 1932, les 5 cas de Neuman et les 9 cas de Szathmary en 1933.

Mais cette énumération un peu longue nous montre tout de même la rareté relative de ces tumeurs puisque les cas peuvent aisément s'en compter. Szathmary, dont la statistique est étendue à 1.114 cas de tumeurs des ovaires, n'en a trouvé que 9 cas. L'intérêt de ces néoplasies ne tient donc pas à leur fréquence, mais à leurs manifestations de caractère nettement endocrinien, ainsi que nous l'avons dit. Et leur connaissance est d'une grande utilité dans la discussion pathogénique que nous aborderons dans un chapitre ultérieur.

LES MODIFICATIONS UTERINES

III. — La plupart des tumeurs des ovaires sont donc susceptibles de produire des métrorragies après la ménopause; nous voudrions essayer de préciser maintenant *quelles sont les modifications utérines qui accompagnent ces hémorragies.*

Au moment de la ménopause, la muqueuse subit une involution progressive: elle s'amincit, les invaginations glandulaires perdent leur volume et leur profondeur, les cellules perdent leurs cils vibratiles et ne présentent plus de signes de sécrétion. Après la ménopause, elle est extrêmement mince, presque inexistante; quelques glandes atrophiées persistent à peine, revêtues d'un épithélium aplati. Or, il est d'expérience courante de remarquer au niveau de cette muqueuse des changements d'une importance considérable chez les femmes qui présentent des métrorragies: d'atrophique qu'elle était, elle devient épaisse, exubérante. Ce phénomène de la *métrite hyperplasique* mérite de nous arrêter quelques instants car il soulève des problèmes délicats dont la solution peut influencer l'orientation thérapeutique.

Ses caractères microscopiques n'ont rien de bien spécifique: « Toutes les formes en sont connues, depuis le gros utérus rempli de fongosités, les formes polypeuses, villieuses, jusqu'à l'utérus, de dimension normale où l'on ne rencontre que quelques rares proliférations comparées au frai de grenouille » (Frédéric, P. Leclerc). Du point de vue microscopique, elle est constituée par une hypertrophie de tous les éléments de la muqueuse: très grand développement des glandes, donnant, disent les auteurs américains, l'aspect en « fromage suisse »; les noyaux glandulaires peuvent présenter des mitoses, mais jamais de monstruosité cellulaires comme dans le cancer; enfin, la basale est

toujours respectée et le stroma garde toute son importance. Il s'agit en somme d'un état voisin de l'hyperplasie correspondant à certaines périodes du cycle menstruel, chez les femmes en activité génitale.

Pour Goutallier, deux caractères lui manqueraient pour cela : l'aspect dentelé des glandes leur donnant l'aspect en « dent de scie » d'une part, et d'autre part l'évolution décaduale des cellules du stroma qui consiste dans l'hyperplasie du protoplasma de ces cellules.

Dans l'interprétation histologique de ces aspects, une des grosses questions qui se pose est celle du diagnostic différentiel avec les états cancéreux ou pré-cancéreux ; nous ne pouvons ici entrer dans cette discussion et nous nous bornerons à rappeler les travaux fort intéressants qu'y ont consacrés Moulonguet et Mlle L. Gasne.

Du point de vue qui nous occupe, la métrite hyperplasique pose un autre problème : c'est celui de la *signification étiologique de cette prolifération*. Pourquoi cette muqueuse subit-elle à un moment donné cette évolution hypertrophique ayant pour conséquence des métrorragies ?

Plusieurs auteurs, et notamment Bérard et Frédéric P. Leclerc paraissent faire d'elle une entité nosologique : le curettage explorateur, dont l'étude anatomo-pathologique permet de poser son diagnostic, les rassure pleinement sur la nature bénigne des métrorragies, et souvent même suffit à amener la guérison.

Nous admettons volontiers sur la foi de statistiques imposantes comme celle présentée par F. Rosenstein, que l'examen histologique des débris par un spécialiste compétent soit en mesure dans l'immense majorité des cas, d'éliminer l'hypothèse d'un cancer du corps. Mais il nous semble difficile d'être plus affirmatif, et de se borner à ce diagnostic de métrite hyperplasique. Reste encore à savoir

pourquoi cette hyperplasie est apparue : et c'est ici que nous revenons au rôle joué par les néoplasies ovariennes, dans leurs diverses formes. F. P. Leclerc ne méconnaît pas cette face du problème puisqu'il écrit : « Tour à tour les origines infectieuse, ovarienne, hypophysaire furent invoquées. Aucune n'explique l'ensemble des cas observés ; elles s'appliquent d'ailleurs surtout aux métrorragies de la période active de la vie génitale. Après la ménopause, le rôle de l'ovaire est terminé, c'est une glande morte, *on ne saisit pas comment elle recommencerait à agir, directement ou non, sur la muqueuse utérine* ». Et c'est ici que nous ne pouvons plus partager entièrement sa manière de voir : car on sait maintenant que l'ovaire est capable d'entraîner des métrorragies après la ménopause et que, dans presque tous les cas, il semble le faire par l'intermédiaire d'une hyperplasie de la muqueuse utérine. Sans parler des tumeurs folliculaires qui, manifestement aboutissent à une reviviscence ovarienne, mais qui demeurent en somme des raretés, il est à l'heure actuelle démontré qu'une hyperplasie muqueuse peut être le symptôme d'une néoformation au niveau de l'ovaire, soit maligne, soit bénigne (métroses corrélatives de Hamant, Cornil et Mosinger). Il n'existe d'ailleurs, du point de vue morphologique, *aucun caractère de la métrite hyperplasique qui permette d'affirmer son origine locale*, ou ses rapports possibles avec une tumeur de l'ovaire.

Par conséquent, après un curettage, le diagnostic histologique de métrite hyperplasique ne saurait donner au chirurgien une quiétude absolue sur la bénignité de l'affection. Nous ne contestons pas que la fréquence des lésions bénignes soit nettement plus grande, une fois éliminé le cancer du corps utérin. Nous ne prétendons pas non plus que toutes les métrorragies ovariennes s'accompagnent de métrite hyperplasique, puisque, dans des cas exceptionnels, il est vrai, on a pu en signaler sur une muqueuse nor-

malement sénile (Schumacher). Mais nous maintenons qu'une hémorragie post-climatérique avec métrite hyperplasique peut relever d'une tumeur ovarienne, dont la malignité est fréquente. Si l'hémorragie se renouvelle après le curettage, c'est à elle qu'il faudra penser. Nous citerons un seul exemple, mais typique, rapporté par Fleurent à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg. Une femme ménopausée depuis 3 ans présente des pertes, sanguinolentes, durant 4 mois, continues, irrégulières dans leur intensité: le diagnostic de cancer du corps est posé. « Après le curettage, dit Fleurent, l'écoulement cesse, et complètement rassuré quant à la malignité de l'affection, je renvoie la malade chez elle. Or, deux mois plus tard, elle me revient: 3 semaines après avoir quitté l'hôpital, les pertes se sont de nouveau montrées avec le même écoulement sale et sanguinolent et ne cessent pas depuis. Je la reprends en observation, mais l'examen est le même que deux mois auparavant ». La laparotomie décidée montre un cancer de l'ovaire coiffant la corne utérine droite: la cavité utérine est indemne de tout noyau cancéreux.

Aussi, loin de conclure avec Leclerc que la métrite hyperplasique « doit rentrer dans le cadre des affections bénignes de l'utérus », nous préférons la considérer comme une étape provisoire: il sera raisonnable de s'y arrêter si l'hémorragie se tarit; mais si elle reprend, un complément d'information dirigé surtout vers l'ovaire se trouvera indispensable. En effet, comme le font remarquer Hamant, Cornil et Mosinger, l'hyperplasie endométriale attribuée par certains auteurs à un désordre fonctionnel, par d'autres à une adénomyomatose exophytique (Schiffmann) est *due souvent à des causes ovariennes* et notamment à des tumeurs.

CHAPITRE III

Interprétation pathogénique

L'attribution d'un pouvoir hémorragique à un ovaire sclérosé et physiologiquement mort, cliniquement constatée, ne peut donc être mise en doute. Mais où les auteurs divergent, c'est dans l'interprétation pathogénique : par quel trouble paradoxal, cet ovaire inerte va-t-il se ressouvenir de ses anciennes fonctions et subir une manière de reviviscence ? Plusieurs théories ont été invoquées tour à tour ; nous les envisagerons successivement, et peut-être pourrions-nous ainsi tirer une conclusion qui d'ailleurs ne saurait être bien catégorique.

I. — LA THEORIE DE LA CONGESTION est en date la plus ancienne. Elle a été soutenue notamment par Terrier, Bouilly, Richelot, Delespine. Les métrorragies seraient dues ici à des poussées congestives intenses dont il faudrait rechercher l'origine dans l'ovaire, mais qui se manifesteraient au niveau de l'utérus et de tout le petit bassin. Ces auteurs, s'appuyant sur l'absence de tissu ova-

rien dans les tumeurs considérées se refusent nettement à admettre un rôle endocrinien. A son propos, Delespine écrit en effet : « Nous apercevons déjà moins le rôle de l'ovaire dans les cas de métrorragies proprement dites : nous n'avons plus ici sinon la régularité, du moins la périodicité des hémorragies cataméniales. Mais où la chose devient tout à fait inacceptable, c'est dans les cas où une double néoplasie des ovaires a fait disparaître toute trace de tissu ovarien normal ». Et plus loin : « Chez elles (les femmes ménopausées) l'ovaire atrophié, scléreux, est déchu de sa fonction propre ; il ne paraît guère susceptible de réagir encore, ou du moins son mode réactionnel doit avoir perdu ce qu'il avait de spécifique : son action réflexe sur la vascularisation de tout l'appareil génital ». Et s'appuyant sur la logique de ces arguments, Delespine est conduit à la théorie de la congestion pelvienne provoquée par la masse de la tumeur. Acceptable pour les néoformations de quelque volume, cette hypothèse ne peut guère s'expliquer aux petites néoplasies augmentant à peine le volume normal de la glande et qui restent imperceptibles au toucher vaginal le plus affiné. Aussi l'auteur envisage-t-il une deuxième hypothèse primitivement suggérée par Pozzi, celle de l'épine irritative. Il s'agissait alors d'une action réflexe à point de départ ovarien : mais voici dès maintenant ébauchée l'hypothèse soutenue par Moulonguet à sa première publication d'ensemble et qui mérite bien davantage l'attention.

II. — LA THEORIE NEUROGENE TROPHIQUE :
Au moment où parut son travail, en 1924, paraissaient à peine les premiers travaux allemands qui défendaient l'hypothèse hormonale. Les tumeurs à cellules de la granulosa, actuellement bien connues, étaient encore dans l'ombre malgré les publications initiales de Von Werdt.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si Moulonguet, très logiquement et à la suite de ses 50 observations, s'arrête à une action vasculo-nerveuse et rejette la théorie hormonale. Il constate, en effet, que toutes les catégories de néoplasies sont susceptibles de provoquer des métrorragies, celles aussi bien dans lesquelles on ne peut retrouver la moindre trace de tissu ovarien, que les autres où ce tissu est le siège de proliférations atypiques. Il rejette aussi la stase circulatoire, puisque les tumeurs de volume minime peuvent être incriminées. Et il constate enfin que parmi toutes les tumeurs, les Wolffiennes sont le plus fréquemment en cause. « Elles siègent, dit-il, aussi bien dans l'ovaire lui-même qu'à son voisinage immédiat, c'est-à-dire dans le mésovaire. Il est donc logique de supposer que *c'est par l'intermédiaire des plexus nerveux du hile de l'ovaire qu'agissent ces tumeurs*, puisqu'on sait leur origine fréquente aux dépens des restes Wolffiens du mésovaire » Et il ajoute, ce dont une de nos observations (Obs. V) vient souligner la justesse : « Cette hypothèse reçoit une confirmation des faits de métrorragies causées par la torsion d'un kyste de l'ovaire. Il existe dans le mésovaire et le mésosalpinx un plexus nerveux avec des cellules nerveuses (ganglion de Winterhaeter). Il est largement anastomosé avec les plexus latéro-utérins et par eux avec le ganglion hypogastrique. *Il s'agirait suivant notre hypothèse d'une action trophique exercée par cet appareil nerveux sur l'utérus sénile, et cette action y reproduirait les différents modes d'activité de la période génitale, tous abolis lors de la ménopause* ».

Cette théorie, logique, reflète certainement la réalité dans un grand nombre de faits où l'élément noble de l'ovaire ne peut être en cause. C'est d'ailleurs aussi l'opinion de Cotte et de Policard entre autres.

Plus tard, en 1930, dans un nouvel article, Moulonguet revenait sur ses idées, mais reconnaissait d'une façon plus

exprime la réalité de certains cas nettement hormonaux, tels que ceux rapportés par Mullerheim, par Neumann, par Wetterwald. Et il conclut, en rapportant 3 nouveaux cas de métrorragies par torsion, qu'il s'agit d'un trouble d'origine nerveuse ou vasculaire, et que la théorie hormonale ne s'applique pas, *au moins dans la grande majorité des cas*. Ayant ainsi perdu de son caractère absolu, cette théorie pathogénique nous paraît satisfaisante, et certainement elle est capable d'expliquer une très grande partie des métrorragies provoquées par une néoformation ovarienne.

III. — LA THEORIE HORMONALE, d'après laquelle la métrorragie relèverait d'une sorte de résurrection fonctionnelle de l'ovaire, longtemps contestée et même catégoriquement rejetée, paraît donc maintenant très rationnelle *dans certains cas*. Sans preuves bien formelles, et plutôt sur des impressions cliniques, les anciens auteurs, avec Dalché, l'avaient invoquée en parlant du « rappel de règles », comme nous l'avons dit plus haut. Mais, sapée par les constatations successives de Delespine, de Cotte, de Moulonguet, elle avait été complètement rejetée. Or, nous avons vu qu'à l'heure actuelle elle a pris un regain d'actualité. Nous voudrions ici, en quelques lignes, rappeler *quels arguments*, d'ordre clinique et d'ordre expérimental, *viennent à l'appui de cette théorie*.

a) Et tout d'abord, *il a été démontré possible d'obtenir artificiellement la reviviscence d'un ovaire déjà privé de son rôle*. La constatation clinique en a été faite par Siredey à trois reprises. L'une de ses malades «étant-allée se faire onduler chez sa coiffeuse, se plaignit au cours de la séance de bouffées de chaleur. L'artiste capillaire lui conseilla de prendre des gouttes souveraines pour chasser ces

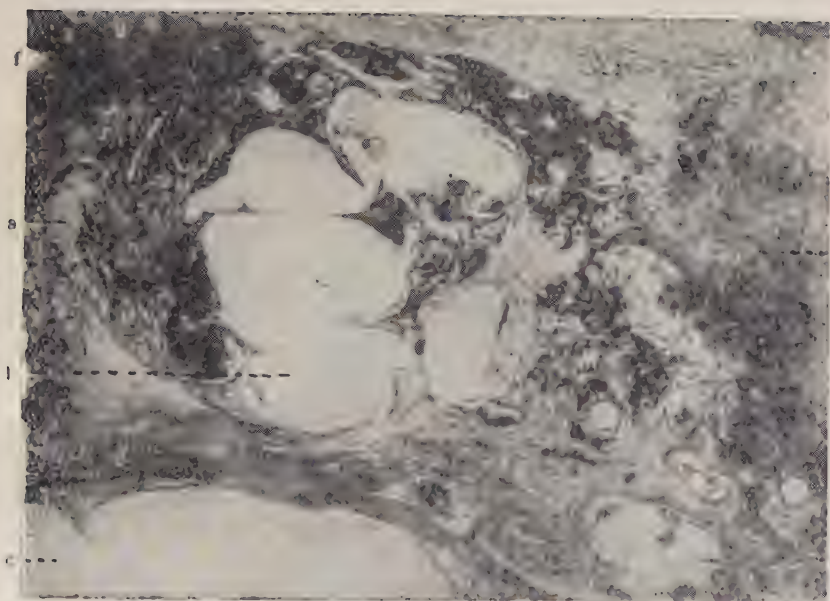


Fig. 2.- Zone fibro télangiectasique; en a, b, c, d, lacunes sanguines dilatées; e, f, plages fibreuses.

1907

malaises et prolonger la jeunesse. Trois mois plus tard, ajoute Siredey, je revis la malade qui présentait un suintement de sang presque ininterrompu, sans lésion des organes. Il s'arrêta complètement après suppression des gouttes malfaisantes ». Une autre se trouvait dans des conditions analogues grâce au conseil d'une masseuse qui lui avait indiqué « de prendre des gouttes qui ramèneraient ses règles et l'empêcheraient de grossir ». Ces faits cliniques rapportés avec humour, fort instructifs, auraient la valeur d'une véritable expérience si la date de la dernière menstruation était assez ancienne au moment considéré, pour entrer normalement dans le cadre que nous nous sommes fixés. Mais ils possèdent une valeur indéniable et ils trouvent d'ailleurs un fondement dans des *expérience artificiellement réalisées par d'autres auteurs*.

P. Dammi, par exemple, traite par la folliculine une femme castrée chirurgicalement pour annexite bilatérale ; pendant 14 jours, il lui administre quotidiennement 10000 unités souris de folliculine extraite de l'urine de juments gravides. Puis ensuite, pendant 4 jours, il donne 4 unités lapin d'hormone du corps jaune : au dernier jour, métrorragie accompagnées de douleurs lombaires, pendant 4 jours. De plus la cavité utérine avait augmenté de 2 centimètres (8 au lieu de 6). Novak en 1936, fait des constatations analogues. On peut, d'après lui, chez la femme âgée déterminer l'apparition d'hémorragies menstruelles par un traitement intensif : 1.500.000 unités internationales d'hormone folliculaire à la première phase du cycle menstruel, puis des quantités importantes d'hormones du corps jaune (60 à 80). Une hémorragie apparaissant après l'administration uniquement d'hormones folliculaires ne s'accompagne pas, pour lui, de modifications prégravidiques de la muqueuse utérine. Cependant, *sous l'influence de l'hormone folliculaire injectée, l'ovaire peut reprendre de l'activité, et fabriquer de lui-même le corps jaune*.

D'après ces recherches, le complexe des hormones ovariennes est donc nécessaire pour déclancher artificiellement une métrorragie chez une femme ménopausée. Certaines constatations cliniques nous montrent cependant que la folliculine paraît jouer le rôle préparant qui est fondamental et expliquent ainsi le pouvoir hémorragipare de certaines tumeurs folliculaires. Ainsi par exemple, Séguy, rapportant le cas d'un kyste du ligament large ayant causé à la ménopause des métrorragies abondantes trouve dans le liquide du kyste une teneur en folliculine égale à 1000 U. R. par litre, et le qualifie de «véritable usine à folliculine». Cette hyperproduction entraîne à n'en pas douter d'après lui, les métrorragies qui ont été notées, et guéries par l'ablation de cette tumeur.

Nous sommes donc maintenant en mesure d'affirmer qu'il est possible, dans quelques cas, de réaliser une reviviscence passagère de l'ovaire, et que cette reviviscence est due sans doute à une *production anormale de folliculine*. En conséquence, *s'il existe des tumeurs de l'ovaire donnant lieu à une hyperfolliculinémie*, il sera raisonnable de leur attribuer aussi le pouvoir de provoquer des métrorragies, la ménopause étant même largement dépassée.

b) Or ces tumeurs existent, nous l'avons vu, et nous les avons classées sous le titre à dessein imprécis de *tumeurs «folliculaires»*. Quels sont en effet les principaux caractères cliniques de l'hyperfolliculinie?

Etant donné le pouvoir très congestionnant de la folliculine, les manifestations sont essentiellement du point de vue génital:

- une congestion mammaire précoce, avec quelques phénomènes subjectifs de pesanteur et de tension;

- une congestion utérine, avec augmentation de la longueur de la cavité utérine, une hyperplasie muqueuse pouvant aboutir à une perte sanglante avec douleurs pelviennes et lombaires.

Et ces caractères essentiels, nous n'avons pas de peine à les trouver expressément signalés dans les publications de divers auteurs. A la suite de l'énumération de ses 8 cas en 1932, F'auvet spécifie que toutes ces tumeurs à cellules de la granulosa ont déterminé une hypertrophie de l'utérus et de l'endomètre, parfois aussi des seins. Habbe fait des constatations identiques, et déclare qu'il s'agit là d'un phénomène hormonal du à un excès de production de l'hormone ovarienne ou d'une substance analogue. Klaf-ten souligne que la muqueuse utérine présente une hyperplasie glandulaire kystique et met en évidence même après la ménopause, une activité de l'endomètre qui contient encore du glycogène. Il y aurait souvent aussi, selon lui, une légère augmentation du métabolisme banal. Dans le même ordre d'idées, le cas de Lellbach contient d'intéressantes précisions: l'utérus mesurait 16 cms de long et 12 cms de large. La muqueuse portait des franges atteignant jusqu'à 2 cms, avec des épaisissements irréguliers ; le stroma rappelait celui d'une déciduale de la gestation. et les cellules étaient fortement augmentées de volume. Enfin, nous trouvons dans le travail de Neumann qui porte sur 5 de ces tumeurs, une confirmation de la participation endocrinienne, mise en évidence par les analyses biologiques. Son dernier cas concerne une femme de 61 ans, aménorrhéique depuis 14 ans, chez laquelle la tumeur avait fait apparaître une hyperplasie cysticoglandulaire et du gonflement des seins. Neumann a trouvé dans le sang de cette malade de la folliculine et l'hormone qui provoque la réaction préhypophysaire. Avec le tissu de la tumeur,

il a pu faire apparaître chez des souris castrées, des modifications caractéristiques.

Est-il besoin de nouveaux témoignages en faveur de la résurrection fonctionnelle de l'ovaire? Nous en trouverions si c'était nécessaire dans les travaux de Mullerheim, Szathmary, Te Linde, Novak, Stefancsik: ils concordent tous exactement. Les tumeurs folliculaires sont donc véritablement des néoformations susceptibles par leur seule existence, et en raison de leur histogénèse, de réaliser des métrorragies post-climatériques par un mécanisme purement hormonal.

c) Mais nous avons vu que malgré leur intérêt théorique évident, ces tumeurs doivent être considérées comme des raretés. *Ne serait-il pas possible, dans d'autres catégories de néoplasies d'invoquer le facteur hormonal avec des arguments sérieux?* Nous allons maintenant envisager ce problème. Et nous le rechercherons plus spécialement pour les néoformations qui semblent le plus dénuées de pouvoir endocrinien, les kystes de l'ovaire et les tumeurs conjonctives. Dans un travail paru en 1934, E. Philipp rapporte sur ce point le résultat de ses recherches dont l'intérêt est évident. Il a examiné 70 kystes ou tumeurs de l'ovaire du point de vue de leur richesse hormonale: il a procédé, soit par injection du contenu des kystes, soit par implantation d'un fragment de tissu à des souris infantiles ou castrées. Et ses conclusions sont les suivantes:

— les *kystes parenchymateux* contiennent toujours de l'hormone ovarienne et entraînent parfois des troubles de la menstruation. Or, parmi les cas que nous avons rapportés, nous avons vu que deux au moins pourraient fort bien être rangés dans cette catégorie, et prêter à des conclusions analogues.

- les *kystes séreux* par contre ne renferment jamais d'hormone ovarienne. Et Philipp conclue, comme l'avait fait Robert Meyer avant lui, qu'il en est ainsi parce que ces tumeurs ne proviennent pas du follicule.
- les autres *néoformations* ovariennes enfin ne contiennent pas d'hormone, à l'exception évidemment des tumeurs à cellules de la *granulosa*.

On voit par ces recherches de quelle façon on peut étendre la théorie hormonale de certaines métrorragies, qui ne devraient apparemment ne relever que de la théorie neurogène trophique de Moulonguet. Mais Philipp exclut toutes les néoplasies ovariques autres que les folliculomes. Or, ces dernières années, divers auteurs ont essayé d'attribuer un rôle hormonal même aux tumeurs conjonctives. Pour Rummeld il faudrait admettre que ces tumeurs ne seraient qu'un stade dégénératif terminal d'anciennes tumeurs folliculaires, dont elles pourraient avoir conservé une partie des propriétés grâce à de microscopiques inclusions qui passent inaperçues. Et comme le font remarquer Imbert, Mosinger et Haimovici dans leur travail d'ensemble si documenté sur la question «les fibromes ovariens sont le plus souvent d'origine Wolffienne, et l'on trouve souvent, enfouies dans le tissu fibroblastique, des cavités glandulaires Wolffiennes». Leur opinion est «qu'histogénétiquement les tumeurs ovariennes d'aspect différent ne proviennent pas nécessairement de souches cellulaires différentes; mais d'un autre côté l'on peut penser que la structure endocrinienne métaplastique ou primitive, correspond à une fonction également endocrinienne. En tout cas, pour éliminer la possibilité d'une production hormonale par une tumeur ovarienne, qu'elle qu'en soit la structure, la recherche directe des hormones dans les extraits

tumoraux, paraît nécessaire. Le point de vue histologique nous paraît, à ce sujet, insuffisant ». On ne saurait s'exprimer de façon à la fois plus prudente et plus précise, et la théorie de la métaplasie contribue largement à accroître le nombre des cas où une pathogénie hormonale peut être raisonnablement invoquée.

d) Mais il est en endocrinologie une notion fondamentale: c'est celle de l'interaction des diverses glandes. Et une de ses manifestations les plus évidentes est certainement *la synergie fonctionnelle hypophyso-ovarienne*. Étudiée du point de vue des métrorragies et plus spécialement en ce qui concerne l'étiologie de l'hyperplasie muqueuse dont nous avons souligné l'intérêt plus haut, elle nous paraît apte à élargir encore la théorie hormonale qui nous occupe. On sait que les principes gonadotropes élaborés par l'hypophyse agissent en temps normal sur la muqueuse utérine, mais par l'intermédiaire obligatoire du fonctionnement ovarien. Certains auteurs, et notamment Hofbauer, Fluhmann, Waldeyer, ont essayé après la ménopause de réactiver l'ovaire au moyen d'extraits hypophysaires; les résultats obtenus, sans entraîner l'adhésion utérine, conservent un réel intérêt, et Westmann aurait provoqué ainsi des réactivations passagères. Mais pour cela il faut que dans l'ovaire persiste encore un fragment même minime, susceptible d'obéir aux principes gonadotropes, qui sans cela demeurent sans effet.

On sait d'ailleurs maintenant — les travaux de P. Damm ont contribué à le mettre en évidence — qu'il existe chez la femme ménopausée une prolanurie physiologique, inexistante en dehors de la gestation chez la femme en état d'activité génitale. Damm établit que le prolan A. apparaît dans les urines deux semaines après la castration; sa teneur subit peu de variations mais elle est très faible. Si on injecte alors de la folliculine, celle-ci ne se

retrouve pas dans l'urine, ce qui semble prouver que l'organisme la met en réserve. En cas de lésions ovariennes, il y a perturbation de ces fonctions: Damm rapporte un cas où les urines, au lieu de déceler du Prolan, contenaient de la folliculine; après l'ablation d'un kyste contenant du parenchyme ovarien, le Prolan apparut dans les urines et la folliculine n'y fut plus retrouvée.

Ces faits permettent de se rendre compte de l'aptitude de restes ovariens même minimes, dont l'importance risquerait de ne pas se manifester. Nous avons vu que c'est la folliculine qui est à l'origine des métrorragies; quand l'ovaire existe et fonctionne, le Prolan est utilisé; mais après la suppression de l'ovaire, le Prolan qui ne cesse pas d'être produit, se trouve éliminé parce qu'inutilisé. Mais quand après la ménopause, il y a folliculinurie, c'est qu'il y a un ovaire, ou du moins un reste ovarien normal ou tumoral, en activité *qui produit de la folliculine, et qui par conséquent peut produire des métrorragies.*

De ces considérations, il résulte que la suppression de la Prolanurie minime mais normale de la femme ménopausée, coïncidant avec une métrorragie, doit faire penser à l'origine ovarienne de la métrorragie par un mécanisme endocrinien. Et l'on voit dès lors que loin de se limiter uniquement aux actions purement ovariennes, il convient de faire une place aux actions hormonales indirectes, nées en dehors de l'ovaire, mais se manifestant grâce à lui.

Ainsi donc, la théorie hormonale des métrorragies post-climatériques paraît avoir fait un grand pas en avant depuis le moment où Moulonguet fit paraître sur elles son travail initial. Les constatations cliniques ont mis en évidence des cas démonstratifs de réactivations ovariennes; les tumeurs folliculaires ont été plus amplement analysées; en dehors d'elles un certain pouvoir hormonal a été attribué sur la foi des constatations expérimentales à

des néoformations pour lesquelles jusque là il n'était pas question d'influences endocriniennes ; enfin les corrélations hypophyso-ovariennes et l'étude de la prolanurie de la femme ménopausée paraissent avoir ouvert des horizons nouveaux, question ébauchée sur laquelle on doit s'attendre encore à de nouvelles précisions.

Il reste néanmoins qu'à l'heure actuelle, si l'on veut adopter une théorie d'ensemble applicable à toutes les métrorragies post-climatériques, on se trouve dans l'impossibilité de rattacher tous les cas à un même mécanisme : force nous est bien de rester éclectique pour demeurer dans le vrai et nous pensons qu'il est sage, dans l'interprétation pathogénique, de considérer trois grands ordres de faits :

- des métrorragies qui relèvent incontestablement d'une théorie hormonale, mais qui ne sont certainement pas les plus fréquentes.
 - des métrorragies pour lesquelles sans hésitation possible, il faut invoquer la théorie neurogène trophique de Moulonguet : tels les kystes mucoïdes, surtout ceux compliqués de torsion, la plupart des tumeurs conjonctives.
 - des faits enfin de pathogénie discutable, tels que les kystes parenchymateux de l'ovaire, certains fibromes avec inclusions épithéliales, certains épithéliomas : si sous certains rapports la théorie hormonale est soutenable, il paraît infiniment plus rationnel cependant de les rattacher jusqu'à plus ample informé au mécanisme réflexe invoqué par Moulonguet.
-

DEUXIEME PARTIE

Les métrorragies extra utérines non ovariennes

Nous avons consacré la première partie de notre travail à l'étude des métrorragies provoquées après la ménopause par une lésion de l'ovaire. Ainsi que nous l'avons constaté, leur connaissance paraît maintenant classique quant à leur constatation, bien qu'encore discutée quant à la pathogénie. Nous voudrions envisager maintenant les autres causes possibles de métrorragies post-climatériques qui ne s'expliquent ni par une lésion de l'utérus, ni par une altération de l'ovaire. Dès maintenant, reconnaissons que ces causes, qui peuvent être multiples, sont cependant infiniment moins fréquentes. Leur notion, d'un intérêt indéniabie, ne saurait donc faire oublier les causes banales qui sont de constatation courante.

Nous les étudierons sous trois rubriques, qui s'adressent à des faits d'ordre différent :

- Les affections de la trompe.
- L'appendicite chronique.
- Les métrorragies «médicales».

CHAPITRE I

Les affections de la trompe

Ce sont avant tout des lésions néoplasiques, qui sont capables en se développant au niveau de la trompe, de provoquer des pertes sanglantes. Néanmoins, nous ne voudrions pas en entamer l'étude sans dire quelques mots d'une lésion récemment connue, et sur laquelle plusieurs auteurs, entre autres Hamant, Cornil et Mosinger ont attiré l'attention: nous voulons parler de l'*endométriase* tubaire; on désigne sous ce nom des modifications de la muqueuse tubaire que l'on a pu rencontrer chez des femmes, même après la ménopause, qui présentaient des métrorragies.

On sait qu'après la ménopause, la trompe participe elle aussi au processus d'involution auquel est soumis l'arbre génital en totalité: il s'agit d'une atrophie de tous les éléments de la muqueuse, stroma et cellules, comparable à celle subie par la muqueuse utérine. Or, si l'on examine cette muqueuse dans les métrorragies post-climatériques, on constate deux groupes de faits dont Tietze a bien établi la distinction. Le premier comprend des cas dans lesquels

l'hypertrophie porte seulement sur l'élément épithélial, alors que le reste de la muqueuse est normalement involué. Le deuxième groupe, au contraire, permet d'observer des modifications de la muqueuse tubaire dans son ensemble qui ne sont pas sans analogie avec celles de la phase intermenstruelle.

Le premier groupe ne paraît pas susceptible d'expliquer des métrorragies; le deuxième par contre, s'observe dans plusieurs cas où l'on signale en même temps une tumeur des ovaires et une métrorragie due à cette tumeur; la prolifération de la muqueuse tubaire va alors de pair avec l'hyperplasie de la muqueuse utérine. En 1928, Hamant et Mosinger rapportaient un cas fort démonstratif dans lequel des métrorragies post-climatériques se sont trouvées conditionnées par un épithélioma germinatif de l'ovaire; il existait aussi très nettement de l'endométriose tubaire. L'année suivante, en 1929, ces mêmes auteurs avec Cornil signalaient un autre cas où il existait à l'origine des métrorragies, cinq ans après la ménopause, un épithélioma Wolffien des deux ovaires. L'hyperplasie symptomatique de la muqueuse utérine était considérable et au niveau de trompe, existait une volumineuse nodosité d'endométriose.

Il n'entre pas dans nos vues de discuter la pathogénie de cette endométriose, qui a été expliquée tour à tour par les hypothèses les plus diverses: prédispositions congénitales d'après la théorie Mullérienne rénovée de Schridde, Schoenholz, Lahm; ou facteur infectieux, ainsi que le supposait Meyer; ou simplement comme le veulent Hamant, Cornil et Mosinger, « manifestation partielle d'un syndrome anatomo-clinique complexe d'origine corrélative ». Cette hypothèse nous paraît rationnelle; en tout cas, il nous semble normal d'attribuer à l'endométriose tubaire, dans le cas de tumeur des ovaires, une signification analogue à celle que nous ayons donnée à l'hyperplasie endo-

métriale, quels qu'en soient l'origine et le mécanisme. Reste à préciser si l'endométriose est capable de déterminer des métrorragies: il est difficile de se montrer affirmatif sur ce point. A priori, la chose n'est pas impossible, mais il est bien malaisé de s'en rendre compte, car lorsqu'existe de l'endométriose, il existe aussi, et par les mêmes facteurs, de l'hyperplasie endométriale, et ce qui revient à l'un et à l'autre paraît bien délicat à déterminer.

Les tumeurs de la trompe constituent un groupe de faits actuellement bien classiques, bien que d'une fréquence très relative. Opposées à l'endométriose qui paraît en somme relever d'un processus hormonal lié à l'ovaire, elles ont vis-à-vis de lui une indépendance complète, et constituent une entité clinique bien individualisée, dans laquelle le symptôme hémorragie figure comme un signe de première importance. Bien étudiées en 1929 par Le Balle et Patay, à la suite d'un cas personnel fort intéressant, il faut remonter pour trouver en France un travail d'ensemble important sur la question, à la thèse soutenue par Bourrelly en 1910 à Montpellier. Il est entendu que nous n'envisageons ici que les tumeurs primitives, laissant de côté les localisations secondaires par extension d'un cancer ovarien ou utérin qui domine la scène ou les localisations métastatiques.

Les auteurs classiques, Courty, Schroeder, Duplay, Pozzi, en avaient nié l'existence. Le premier cas fut signalé par Alban Doran, sur une pièce anatomique fournie par Spencer Wells, en 1879. Depuis, plusieurs études leur ont été consacrées. En 1888, Orthmann publie le premier cas connu d'épithélioma primitif, dû à Auguste Martin, dont quelques auteurs ont donné le nom à la maladie. • Signalons ensuite les publications d'Alban Doran, Bland

Sutton, Max Jaenger et Justus Barth, Schirchoff, Macrez, Poret. En 1906, dans les Archives Provinciales de chirurgie, le Professeur Tédénat en publie un groupe de trois cas, important en regard de la rareté de l'affection: Bourrély recensait seulement 111 cas connus d'épithéliomas tubaires qui sont les tumeurs les plus fréquentes, et Le Balle et Patay, en 1929, en comptaient 132 cas en totalité. Après eux, divers auteurs en ont encore signalé des cas, tels que Cotte, Jeanneney et Rousseau, Vozza.

On peut distinguer plusieurs types anatomiques de tumeurs primitives des trompes; ils peuvent se ramener à deux catégories principales :

Les tumeurs conjonctives, bénignes ou malignes. Parmi les bénignes, nous trouvons le fibromyome qui constitue une exception, mais dont l'existence a été constatée formellement par Schwartz. Les métrorragies les accompagneraient d'une façon habituelle, d'après cet auteur. Des tumeurs malignes, la principale est le sarcome, dont Bourrély avait pu relever 7 observations dans la littérature de son époque. D'une grande gravité, et d'une évolution rapidement fatale, ces tumeurs s'accompagneraient d'hémorragies fréquentes et d'une abondance telle qu'elles peuvent mettre la vie de la malade en danger par leur répétition. Mais malgré leur tendance hémorragique, ces tumeurs, vu leur rareté, sont moins importantes semble-t-il que les suivantes, et il est tout à fait exceptionnel d'avoir à discuter leur éventualité dans un diagnostic.

Les tumeurs épithéliales sont plus fréquentes et on doit compter avec elles dans le diagnostic des métrorragies post-climatériques: en effet, un tiers environ apparaîtraient après la ménopause, les deux autres tiers se révélant au moment de l'âge critique. D'après Quénu et Longuet, « aux approches de la ménopause ou après elle, l'existence d'une tumeur annexielle jointe à un écoulement

non purement saignant, la démonstration préalable du siège non utérin de cet écoulement, voilà le syndrome susceptible de caractériser un épithélioma tubaire ». Nous avons vu par l'étude des métrorragies relevant de tumeurs ovariennes, que ces conditions pourraient aussi leur être exactement appliquées : car le tableau clinique des hémorragies tubaires peut prêter à confusion d'une façon absolue avec elles. Quelques modalités cliniques, cependant, paraissent de nature à faire soupçonner l'épithélioma tubaire : nous allons essayer de les individualiser.

Le principal paraît être l'*aspect de l'écoulement et son évolution* : il ne s'agit qu'exceptionnellement de pertes sanglantes vraies. Le plus souvent c'est un liquide clair, à peine hémorragique, *une hydorrhée plutôt qu'une hémorragie*. Schiller rappelle le signe de Latzko : pertes abondantes d'une couleur ambrée assez particulière. De plus, cet écoulement surviendrait par gorgées assez volumineuses, précédées de quelques coliques dans le bas ventre. Doran dit en effet que l'ostium uterinum se ferme de bonne heure quand la tumeur est maligne. Si la perméabilité de l'ostium est seulement diminuée, le liquide pour s'écouler à l'extérieur doit acquérir une certaine tension. De là des gorgées subites, désignées par certains (Boursier, Miknoff) par le terme « d'hydrops tubae profluens ». Par contre, si cet écoulement fait place à de véritables hémorragies, il faudrait soupçonner des associations, soit avec un fibrome, comme dans un cas de Lecène, soit avec un cancer du corps comme dans le cas de Favreau, J. L. Faure, Hofbauer.

Mais il faut bien dire aussi que cette hydorrhée n'est pas absolument pathognomonique d'un épithélioma tubaire. Douay en signale un cas dans lequel elle était due à un cancer cylindrique développé sur un kyste de l'ovaire ainsi que l'a montré la laparotomie. La portion ampullaire de la trompe était dilatée et communiquait avec la poche

hématique de la tumeur. Celle-ci pouvait donc se vider dans la trompe, ce qui expliquait les pertes de liquide hématique. Et Douay d'ajouter: « Nous sommes persuadés que ce mécanisme est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit dans la symptomatologie gynécologique. A côté des métrorragies, il y a des salpingorragies dont nous comprenons mieux le mécanisme depuis que nous connaissons, grâce au lipiodol, la perméabilité et la motricité de la trompe ». Ceci nous montre donc que l'aspect de l'écoulement, s'il doit éveiller l'idée d'épithélioma tubaire, ne peut faire mieux; sa signification peut être prise en défaut.

Quant au deuxième grand signe demandé par Quénu et Longuet, la présence d'une tumeur annexielle, il est lui aussi, bien loin d'être infaillible. Avec un écoulement hématique, on peut trouver une tumeur latéro-utérine; elle peut aussi bien, nous l'avons vu, et même plus souvent, traduire une tumeur de l'ovaire. Elle aurait cependant, si elle signifiait la présence d'un cancer tubaire, un caractère qui l'en différencierait: des douleurs violentes, tantôt sourdes, tantôt survenant par poussées paroxystiques et relevant sans doute de contractions spasmodiques des tuniques de la trompe. Les tumeurs seraient au contraire indolores, au moins jusqu'au stade déjà avancé où elles deviendraient douloureuses soit par compression, soit par névrite de voisinage.

D'un autre côté, à ses débuts, le signe de la tumeur latéro-utérine peut faire défaut dans le cancer tubaire, si bien que nous ne trouvons plus aucun signe caractéristique. Nous pouvons donc bien affirmer qu'il n'y en a pas, et que seules des suspicions sont de mise, non des certitudes. Et nous pouvons conclure avec Cotte que l'apparition de pertes tenaces chez une vieille femme, en présence des résultats négatifs de l'exploration intra-utérine, doit faire por-

ter le diagnostic de cancer de l'appareil génital, et qu'à moins de contre-indication générale *une laparotomie s'impose* : seule elle sera capable de poser avec certitude le diagnostic de cancer tubaire.

Telles sont donc, brièvement analysées, les affections de la trompe susceptibles de provoquer des métrorragies après la ménopause. Elles sont malgré leur rareté relative, importantes à connaître en raison de leur gravité, puisqu'elles signent le plus souvent un cancer, les tumeurs bénignes étant une rarissime exception.

CHAPITRE II

L'appendicite chronique

La présence d'un tel chapitre dans l'étude de l'origine des métrorragies après la ménopause *n'a certainement rien de classique*: dans la littérature médicale, il nous a été possible de relever des cas de métrorragies paraissant liées à une appendicite chronique, mais pendant la période d'activité génitale, alors que l'ovaire conserve encore sous son contrôle les hémorragies utérines. Si nous faisons figurer l'appendicite chronique sur la liste des facteurs capables de provoquer les métrorragies séniles, c'est en nous appuyant sur une observation personnelle que notre Maître, M. le Professeur Riche, a bien voulu nous confier, et que nous allons, avant toute chose, exposer par le détail.

OBSERVATION VIII.

Mme Marie B..., âgée de 57 ans, vient consulter en mars 1933. C'est une rhumatisante chronique, de souche arthritique, qui a été opérée en octobre 1932 d'une petite tumeur

du sein, avec ablation du mamelon, mais sans curage axillaire. La cicatrisation ayant duré quatre mois, elle se plaint d'une raideur prononcée de l'épaule gauche. Elle guérit en quelques semaines par un traitement approprié, au cours duquel on constate une intolérance absolue à certains médicaments: uroformine, liqueur de Fowler, par exemple.

Elle aurait été soignée, il y a 23 ans, à l'âge de 34 ans, pour entérite tuberculeuse et curettée, *il y a 12 ans*, à 45 ans, pour *métrite hémorragique*. Elle est *ménopausée depuis et n'accuse aucune perte vaginale*.

En juillet 1933, elle attire l'attention de M. le Professeur Riche sur des troubles dyspeptiques: nausées, digestions lentes, diarrhées intermittentes, intolérances de certains aliments. Elle accuse en outre de la pollakiurie diurne et nocturne et un amaigrissement léger.

Mme B... est une femme grande et forte, au facies coloré. Le ventre très adipeux est aussi très ballonné à peu près uniformément et la palpation est très difficile. Dans la région para-ombilicale, et un peu à droite, on délimite assez mal une masse volumineuse, un peu sensible à la pression, qui se prolonge vers la fosse iliaque droite. Toucher vaginal et rectal négatifs. Pas de fièvre; pouls: 70. On pense à un foyer de tuberculose péritonéale enkystée et le traitement général et local est dirigé dans ce sens.

Légère amélioration de l'état général après quelques mois. La masse abdominale persiste sans changement.

Vers la fin de 1933, l'état général continue à s'améliorer. Du côté de l'abdomen, on constate une volumineuse tumeur hypogastrique, médiane ou à peu près, atteignant l'ombilic, assez difficile à délimiter en raison de l'adiposité de la paroi, mate, régulière, pseudo-fluctuante, un peu sensible à gauche, évoquant l'idée d'un kyste de l'ovaire, mais non perçue au toucher vaginal.

En mars 1934, l'état est sensiblement le même. La masse abdominale a changé d'aspect; elle est presque dans l'abdomen supérieur et se prolonge vers le flanc *gauche* et la fosse iliaque *gauche*.

Le diagnostic de péritonite bacillaire semble devoir être maintenu; un traitement par les rayons ultra-violets est institué.

En juin 1934, l'amélioration de l'état général continue lentement. Plus de diarrhée, plus de pollakiurie. *La palpation abdominale n'est plus douloureuse*. Seule persiste l'intolérance absolue aux médicaments et à certains aliments. La tumeur abdominale occupe l'hypogastre, la fosse iliaque gauche, le flanc gauche et la région ombilicale.

En septembre la tumeur apparaît médiane, dépassant l'ombilic et occupant presque tout le ventre. Elle est plus régulière, rénitente, absolument indolore. On penserait volontiers à un kyste de l'ovaire ou à un fibrome, mais le toucher vaginal négatif ne permet pas de s'arrêter à ce diagnostic.

Toutefois, il y a quelque temps, après un voyage en autobus, elle a accusé des douleurs dans le bas ventre et *a perdu un peu de sang chocolat*. Cet écoulement est devenu plus clair le lendemain et a persisté plusieurs jours à diverses reprises, elle a continué à perdre, de façon irrégulière, quelques gouttes de sang rouge (*elle est alors ménopausée depuis 15 ans*).

Une hystérographie pratiquée le 6 décembre 1934 ne donne pas de renseignements précis, mais ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'une néoformation intra-utérine.

Devant l'incertitude du diagnostic, une laparotomie exploratrice est proposée et acceptée.

Opération le 12 décembre 1934 sous rachianesthésie (16 cgrs); anesthésie absolument parfaite. L'exploration

est néanmoins difficile en raison du tympanisme des anses, et de l'infiltration adipeuse de l'épiploon. Celui-ci est considérablement épaissi, et par places est épais de 4 à 5 cms. Il est entièrement libre d'adhérences et ne présente pas de traces nettes d'épiploïte. Il est péniblement refoulé vers le diaphragme avec la masse intestinale.

L'utérus est petit, régulier, de *consistance normale*, plutôt *atrophique*.

Les ovaires petits, atrophiques, ont à peine le volume d'une petite olive. Les trompes ont un aspect, un volume et une consistance tout à fait normaux. Le pelvis est libre d'adhérences. Toutefois le caecum qui présente un peu de pérityphlite est pelvien et descend au voisinage de l'ovaire droit. L'appendice est en position latérale interne, pas libre, mais adhérent au caecum sur toute son étendue. Il paraît normal. Après sa dissection sur la paroi caecale, il est reséqué sans enfouissement.

La masse épiploïque, qui aurait pu en imposer pour une tumeur aux aspects multiples et variés est respectée, *car il n'y a pas trace d'épiploïte*.

À l'ouverture, l'appendice qui est plutôt petit, présente *de nombreux foyers de sclérose avec quelques points de folliculite*. L'examen histologique n'a pas été fait.

Suites opératoires tout à fait normales.

Très rapidement, la malade accuse une grosse amélioration de son état gastro-intestinal et de son état général. Déjà à la maison de santé, elle peut manger de tout et digère très bien.

Revue en mai 1935, elle se sent « entièrement transformée » et rajeunie. Plus de diarrhée, plus de pollakiurie. Plus d'intolérance alimentaire ou médicamenteuse. *Les pertes utérines ne se sont plus reproduites*.

Revue pour la dernière fois en mars 1936, elle se sent

toujours aussi bien à tous les points de vue et n'accuse plus le moindre trouble fonctionnel.

La lecture de cette observation se passerait presque de commentaires, tant ses détails semblent concorder dans le même sens. Il est indubitable en effet que cette malade présentait un syndrome d'appendicite chronique. La réalité en est démontrée par un complexe symptomatique, un peu confus au début, masqué un moment par cette tumeur fongueuse due sans doute à des réactions épiploïques, mais dans lequel on a toujours noté un endolorissement de la fosse iliaque droite et des phénomènes d'intolérance alimentaire et médicamenteuse. L'appendicectomie ayant en outre amené la guérison de ces divers troubles, force nous est bien de convenir qu'il s'agissait d'une appendicite chronique en activité, responsable des malaises observés. Mais où la question devient plus délicate à résoudre, c'est lorsqu'il s'agit de rattacher aussi à un syndrome appendiculaire les métrorragies observées et qui, on l'a vu, avaient tous les caractères de pertes sanguines relevant d'une néoplasie endo-utérine.

Ainsi que nous l'avons dit, nos recherches dans la littérature n'ont pu nous montrer de métrorragies appendiculaires, que durant la période d'activité ovarienne. Elles sont alors bien classiques malgré leur rareté et font partie du syndrome d'interaction du « flirt appendiculo-ovarien » de Second. Antoine et de Martel les signalent sans insister. En 1926, Dieulafé essaie d'en préciser les raisons anatomiques et décrit deux dispositions possibles : ou bien l'existence d'un véritable ligament appendiculo-ovarien, tel qu'il a été décrit par Clado, ou bien la prolongation du méso-appendice, en cas de position descendante ou pelvienne vers le feuillet postérieur du ligament large, où il aboutit à l'aileron ovarien. Mais, ainsi que nous l'enseignons

M. le Professeur Riche, l'expérience étendue de l'appendicetomie pour appendicite chronique, rendant compte des multiples aspects anatomiques, rend un peu illusoire l'explication de ces rapports appendiculo-ovariens par la simple existence de brides ou de ligaments. Troitsky, en 1922, à la suite d'une conception plus physiologique, a cherché à savoir s'il existait des connexions lymphatiques entre ces deux organes, et à en déterminer le sens pour expliquer les atteintes infectieuses de l'un par l'autre. De ses expériences sur le cadavre, il résultait que le passage de la lymphe des annexes dans les ganglions de l'angle iléo-caecal est possible dans des conditions normales, et que le passage de la lymphe de l'appendice vers les annexes n'est possible que par une haute pression vasculaire.

Par ailleurs, il constatait que la quantité et la direction des voies efférentes de la lymphe subissait de grandes variations selon les changements pathologiques. Mais pour si intéressantes qu'elles soient, ces études portaient, il faut le reconnaître, seulement sur les voies possibles d'infection: pour expliquer d'après elles l'influence hémorragipare, on est amené à raisonner simplement par analogie et échafauder des suppositions. Elles n'ont évidemment pas manqué et nous en trouvons quelques-unes dans un intéressant travail de Rosenboeher. Cet auteur, constatant que l'appendicite s'accompagne souvent de troubles menstruels, les « explique » par la position approchée de l'ovaire et de l'appendice. Novak prétend que, par l'intermédiaire de l'ovaire, l'intestin agit sur le système nerveux végétatif qui à son tour agit sur le système endocrinien, ce qui provoque des troubles menstruels. Pour Mackenzie, seul le système sympathique agirait sur les organes abdominaux qui le mettraient en relation avec la moëlle épinière, et par cela même il rentre en contact

avec les vaisseaux et les muscles ; on peut supposer que, par cette voie, de l'appendice vers l'ovaire se propage une impulsion qui se poursuit aussi sur l'utérus, sur sa muqueuse, et produit des hémorragies et des troubles menstruels. Nous sommes, on le voit, en plein dans le domaine de l'hypothèse. Et pourtant l'observation clinique est là qui constate la réalité de ces rapports : Larroyenne et Mlle Bussy ont publié par exemple un *cas d'appendicite à symptomatologie uniquement ovarienne*. A l'intervention, pratiquée pour des signes larvés de grossesse tubaire au début et particulièrement des hémorragies, ces auteurs trouvèrent un ovaire et une trompe droite un peu augmentée de volume et le pavillon fermé. Une bride descendait s'insérer entre la trompe et l'ovaire ; elle était constituée par l'appendice qui ne paraissait pas malade, sauf à l'endroit où il adhérait aux annexes ; il était perforé à la pointe. Et bien avant ces auteurs, MM. Vanverts et Paucot, en 1913, relataient un cas analogue, où des métrorragies étaient provoquées par une adhérence de la pointe de l'appendice chroniquement enflammé avec l'ovaire, et ils ajoutaient : « La relation entre l'adhérence appendiculo-ovarienne et les métrorragies semble bien nette dans ce cas puisque la simple suppression de cette adhérence avec appendicectomie suffit à supprimer ces métrorragies et à régulariser la menstruation ». M. le Professeur Paucot, que nous nous sommes permis de consulter sur ce point, nous a signalé une autre observation inédite se rapprochant beaucoup de celle-ci : chez une femme non arrivée à l'époque de la ménopause, des hémorragies très abondantes ont cessé après la résection d'un appendice et d'un ovaire agglutinés par d'importantes adhérences.

Ces faits cliniques, bien observés, paraissent donc en mesure de démontrer qu'une appendicite aiguë ou chronique est capable de provoquer des métrorragies chez la femme encore jeune ; personne actuellement ne le conteste.

bien que les interprétations pathogéniques soient encore loin d'être satisfaisantes. Mais l'appendicite chronique présente une allure si polymorphe, elle est capable de provoquer ou de simuler tant de troubles disparates sans aucun lien apparent entre elle, comme par exemple des hématuries, que l'on ne peut trouver excessif de lui attribuer certaines métrorragies. Nous sommes donc là en présence d'une hypothèse, assez satisfaisante certes, mais *dont la réalité n'est encore démontrée par aucun fait précis, anatomique ou physiologique.*

Quoi d'étonnant dès lors, quoi de paradoxal, à attribuer des métrorragies à une appendicite chronique après la ménopause, sur la foi d'une seule observation ? Nous n'avons pas, et nous le reconnaissons, de critère absolu ; mais chez la femme jeune, ce critère existe-t-il ? Nous ne pouvons nous baser que sur de fortes présomptions que nous essayons ici de dégager.

D'abord, nous l'avons dit, il s'agissait bien d'une appendicite chronique en activité, tenant sous sa coupe des signes fonctionnels directs et non pas une simple appendicite scléreuse sans retentissement digestif : l'appendicéctomie ayant guéri ces malaises sans retour contribue encore à préciser la relation de cause à effet.

D'autre part, lors de la laparotomie, *l'appareil utéro annexiel, macroscopiquement sain, ne fut pas intéressé* : les métrorragies qui s'étaient reproduites à plusieurs reprises deux mois ont radicalement disparu, un an et demi encore après l'intervention. Il est donc raisonnable de conclure que c'est l'opération chirurgicale qui a provoqué la guérison, et que l'utérus ni les annexes n'étaient pour rien dans l'étiologie des symptômes observés ?

En effet, dans un tel cas, la perte sanglante aurait très bien pu se trouver liée à une néoplasie minime existant sur un ovaire dont l'aspect extérieur n'était pas modifié :

cette éventualité est très possible et l'observation rapportée en 1936 à l'Académie de Chirurgie par MM. Moulon guet et Leveuf est là qui en fait foi. Ces auteurs pratiquant une laparotomie chez une femme âgée, pour des métrorragies, ne constatèrent rien d'anormal en apparence. L'utérus était petit et scléreux, les ovaires normalement atrophiques; seul l'examen histologique de l'un d'eux démontra l'existence, tout contre le hile de l'organe d'un début d'épithélioma visible seulement au microscope. C'était évidemment à cette dégénérescence qu'il fallait rapporter les métrorragies. Mais dans notre observation, si à priori la chose est possible, elle paraît controuvée par l'évolution, puisque si l'on avait laissé en place un ovaire en dégénérescence, les troubles provoqués par lui n'auraient pas été modifiés. Et en admettant même que le traumatisme opératoire ait pu apporter une amélioration, celle-ci n'aurait été sans doute que passagère. En tous cas, même si l'hémorragie, provoquée peut être par le mécanisme réflexe, avait pu être influencée et supprimée, l'évolution ultérieure marquée par une transformation évidente de l'état général se maintenant un an et demi après, viendrait enlever toute vraisemblance à l'hypothèse de l'épithélioma de l'ovaire.

Deux solutions dès lors nous semblent possibles: soit que sous la seule influence du traumatisme opératoire sur les plexus nerveux, la métrorragie ait été supprimée; soit que réellement l'appendicite chronique observée et traitée en demeure la seule responsable. C'est à cette solution que nous préférons nous arrêter. En effet, la première explication basée sur des constatations opératoires répétées, et relative à l'influence exercée par la simple laparotomie sur le cours menstruel, ne nous paraît pas bien convenir à notre cas: l'influence exercée sur les plexus nerveux, dans la grande majorité des cas semble plutôt de nature à provoquer plutôt qu'à supprimer des métrorragies. Leriche et

Stricker ont montré que la section du nerf présacré chez la chienne provoque de la vaso-dilatation utérine. On sait aussi que chez la femme, cette intervention et même la simple manipulation des annexes au cours d'une hystéropexie par exemple, déclenchent fréquemment un flux hémorragique. Le traumatisme nerveux est donc considéré comme capable de faire saigner la muqueuse utérine : n'est ce point là d'ailleurs en somme, le point de départ de la théorie réflexe édifiée par Moulonguet et dont nous avons longuement parlé? «Ce rôle du système nerveux, écrit Cotte, est incontestable, notamment dans les métrorragies consécutives à une laparotomie et qui n'ont d'autres cause que le traumatisme nerveux ». La position des auteurs, on le voit est bien nette. Pourquoi, dès lors, prétendrions-nous que c'est précisément le simple traumatisme réalisé par la laparotomie et les manifestations opératoires qui ont supprimé la métrorragie en cause ? ils devraient bien plutôt semble-t-il, l'avoir exagérée. Nous n'avons aucune raison sérieuse pour rapporter l'effet curateur obtenu à la simple laparotomie.

Au contraire, il nous paraît logique d'incriminer l'appendicite chronique. La lésion existait, son activité pathogène était réelle, sa simple suppression guérit définitivement les métrorragies : toutes les apparences sont en faveur de la relation de cause à effet jusqu'à plus ample informé, et pour notre part, nous n'hésiterons pas à la reconnaître. On pourra nous objecter que l'utérus et l'ovaire depuis longtemps inactifs, ne peuvent se réveiller sous l'influence d'une cause extra génitale comme celle-là. Mais ne savons-nous pas que certaines formations ovariennes, sans aucun apport glandulaire, peuvent, par mécanisme réflexe produire des métrorragies? Cet argument ne paraît donc pas de nature à nous faire renoncer à notre façon de voir.

Quant à l'objection de la rareté du fait observé, elle ne peut être non plus un argument suffisant. Théoriquement, la chose n'est pas impossible, et dans leur chapitre se rapportant aux métrorragies de cause extra génitale, Imbert, Mosinger et Haimovici le reconnaissent. «Certains troubles de l'appareil digestif, en particulier, écrivent-ils, l'insuffisance hépatique, la lithiasé biliaire, l'entérocolite à rechutes, *l'appendicite chronique*, ont été signalés comme cause possible des métrorragies».

Une observation comme la nôtre paraît bien de nature à le faire admettre. Nous n'avons il est vrai, dans la littérature trouvé aucune éventualité comparable: MM. Moulonguet et Paucot nous ont dit ne rien avoir vu de semblable. Et notre maître, M. le Professeur Forgue, auquel nous nous sommes référés, a bien voulu nous faire connaître son point de vue là-dessus: il n'a point rencontré de cas analogue. Il en admet néanmoins la possibilité, et nous sommes très honorés d'avoir pu soumettre à sa critique cette observation qu'il juge «intéressante et rare».

Il nous paraît donc rationnel, étant donné le protocole opératoire et les suites de l'intervention, et malgré la rareté de la chose, de mettre les métrorragies observées sur le compte de l'appendicite chronique. Mais reste à savoir par quel mécanisme pathogénique elles peuvent se comprendre. Nous sommes les premiers à reconnaître que sur un seul cas, il est bien imprudent d'échafauder des théories pathogéniques. Aussi bien, n'est-ce pas là notre intention; nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses sans posséder beaucoup de bases pour les étayer. S'agit-il de réactions congestives se manifestant au niveau de la muqueuse utérine, et dont le point de départ serait l'appendice voisin de l'ovaire, et chroniquement inflammé? Faut-il incriminer la constipation chronique qui accompagne si fréquemment les lésions appendiculaires à évolution lente, et qui occasionne assez souvent de la stase pelvienne et des malaises

divers ? Doit-on penser au contraire, comme Pozzi en avait émis l'idée à une « épine irritative » déclanchant par voie réflexe des phénomènes congestifs aboutissant à la métrorragie ? Cette supposition nous paraît, malgré son imprécision, et peut-être à cause d'elle, la plus plausible. Au fond, elle se rapproche étrangement de la conception neurogène évoquée par Moulonguet, dans les kystes et les tumeurs de l'ovaire.

Quoiqu'il en soit du mécanisme pathogénique, notre impression bien nette est que, dans cette observation, l'appendicite chronique était réellement responsable de la métrorragie. Nous ne prétendons pas que, systématiquement il faille penser à elle d'emblée dans le diagnostic d'une métrorragie post climatérique. *Mais nous nous bornerons à le faire figurer dans le domaine des possibilités à envisager lorsqu'ont été écartées avec des raisons sérieuses les autres causes bien plus fréquentes.* Le bon sens clinique et l'argument de fréquence ne doivent jamais perdre leurs droits.

CHAPITRE III

Les métrorragies médicales

L'étude étiologique que nous venons de faire des métrorragies post ménopausiques, serait certainement incomplète si nous nous bornions à envisager les lésions susceptible d'être traitées par des moyens chirurgicaux. Nombre de ces métrorragies ne peuvent entrer dans aucun des grands groupes que nous avons décrits, et ne relèvent ni d'un cancer de l'utérus, ni d'une tumeur des ovaires, ni d'une néoplasie des trompes, ni d'une appendicite chronique. Elles aussi restent en dehors de l'atteinte de la curette exploratrice : leur cause est plus haut et dépend d'une atteinte générale, susceptible d'être amendée parfois par une thérapeutique médicale. C'est pourquoi, nous les groupons sous la rubrique de «*métrorragies médicales*», tout en reconnaissant d'emblée l'inexactitude partielle du terme ; en effet, nous verrons que certaines au moins d'entre elles peuvent justifier des cures opératoires.

L'intérêt de ces métrorragies d'ordre général n'avait pas échappé aux auteurs classiques, et aux gynécologues préoccupés de faire le bilan organique de leurs malades

avant d'en venir aux solutions chirurgicales quelquefois évitables. C'est ainsi que Dalché y avait insisté maintes fois au cours de son enseignement, et en 1912, il soulignait la bénignité possible de certaines métrorragies post-climatériques. Plus récemment, c'est Siredey qui s'est le plus attaché à cette manière de voir, et à plusieurs reprises, au cours de discussions dans les sociétés savantes, il est revenu sur les causes médicales qu'il ne faut pas oublier. Nous avons vu d'ailleurs plus haut, qu'il attirait l'attention sur certaines opothérapies inopportunes, capables de déclencher un flux hémorragique quelques temps après la ménopause.

Nous essayerons donc de grouper dans un seul chapitre les diverses affections que l'on peut incriminer, en nous proposant d'en faire au passage une étude rapide, schématique et forcément incomplète. Et nous pourrions constater qu'elles se produisent par l'intermédiaire de lésions diffuses de l'appareil circulatoire, influencé par des facteurs généraux, soit infectieux, soit trophiques. Cette notion a été mise en évidence par Keller, qui recommande de porter toute son attention sur l'appareil circulatoire dont les atteintes sont si fréquentes à cet âge. Il rapporte en effet 58 cas de métrorragies post-ménopausiques, dont 7 avaient uniquement pour cause l'hypertension artérielle. On cite aussi des poussées hypertensives au cours d'affections cardiaques ou cardio-rénales, et Huchard avait insisté sur le rôle possible du rétrécissement mitral.

Nous diviserons les métrorragies d'ordre médical en plusieurs groupes pour la commodité de leur analyse.

I. — L'ARTERIOSCLEROSE METRORRAGIQUE DE L'UTERUS: affection utérine, l'artériosclérose métrorragique est cependant bien une maladie générale. Connue depuis longtemps, elle a fait l'objet de nombreux

travaux, qui ont contribué à lui donner une entité nosologique qui ne paraît pas discutable. Pilliet et Baraduc en ont publié le premier cas intéressant en 1896, et la même année, Pichevin et Petit lui consacrèrent une étude. Nous en retrouvons la trace sous la plume de Pozzi et Lateux en 1899, ensuite de Richelot, puis de Doléris. Sicard, en 1908 lui consacre sa thèse inaugurale, et plus près de nous Moiroud, en 1925 en souligne l'individualité clinique et diagnostique.

Du point de vue anatomo-pathologique, elle présente à étudier des lésions intéressant toutes les parties constituant de l'utérus. La muqueuse peu épaissie ne porte essentiellement que des altérations caractérisées par une dilatation et une assez faible augmentation numérique des capillaires, sans lésions épithéliales ou glandulaires et sans modification notable du stroma. La musculature est peu modifiée, sauf autour des vaisseaux où les fibres élastiques prédominent nettement sur les fibres musculaires. Les altérations artérielles sont très nettes, constituées par un épaississement de l'adventice et de la couche moyenne. Le système vasculaire tout entier est dilaté et gorgé de sang. Les veines et les lymphatiques sont moins modifiés.

Il s'agit donc là de modifications locales : pourquoi donc l'étudions-nous, puisque nous n'envisageons que les métrorragies d'origine extra utérine ? C'est qu'elle réunit toutes les conditions exigées pour cela : les auteurs s'accordent bien à en faire un trouble dystrophique en relation avec des facteurs multiples, l'âge, la multiparité, le tempérament, les intoxications chroniques. D'autre part, lésion locale dans ses manifestations, elle ne l'est plus dans sa thérapeutique, puisque toute action exercée localement est ici vouée à l'échec, si elle ne consiste en l'ablation de l'utérus qui saigne. Moiroud a bien insisté sur ce point qui, d'après lui, contribue à donner au syndrome une indi-

vidualité propre ; pour lui le diagnostic en repose sur trois constatations négatives :

- un examen clinique négatif, le toucher ne révélant aucun signe anormal ;
- un examen histologique négatif, la muqueuse ayant gardé un aspect normal ;
- un curettage négatif en tant que dépourvu de valeur curative.

Dans la généralité des cas, l'atteinte circulatoire évidente au niveau de l'utérus reste discrète et même insensible dans le reste de l'organisme. Mais il arrive que l'on puisse tout de même déceler certaines anomalies : hypertension légère, sclérose artérielle discrète.

Il importe toutefois, dans l'étude de l'artério-sclérose métrorragique, de la différencier d'avec les états utérins, prédisposant aux métrorragies de la ménopause ; il s'agit là de phénomènes bien particuliers dans l'étude desquels nous n'avons pas les loisirs d'entrer, mais dans lesquels le rôle de l'ovaire ne nous paraît pas étranger. Ici rien de tel : les modifications circulatoires utérines nettement après la ménopause n'ont sans doute aucun substratum endocrinien et sont en relation avec le vieillissement des tuniques vasculaires.

Les notions anatomo-pathologiques et cliniques que nous venons d'exposer sont de nature à faire comprendre quelle thérapeutique il sera bon de prôner pour ces métrorragies. L'action locale intra utérine est vouée à l'échec, et qui plus est, la curette, ouvrant des vaisseaux dilatés et aux tuniques sclérosées, risque de déclencher de nouvelles pertes sanguines. Seul un traitement radical par l'hystérectomie semble capable de supprimer ces inconvénients, et c'est lui que conseille Moiroud. Néanmoins, il se montre assez enclin à essayer le traitement physiothérapi-

que, le radium pour lui, qui serait susceptible de fournir quelques résultats heureux. Mais dans ces cas, alors, il faudrait admettre que le rôle de l'ovaire n'est plus absolument étranger, et nous nous rapprocherions des métrorragies de la ménopause par sclérose utérine. Dans la véritable artério-sclérose métrorragique d'origine circulatoire, *l'hystérectomie est seule efficace*. Toutefois, il est de bonne pratique, avant d'en venir à une thérapeutique radicale de s'adresser aux moyens médicaux-hygiène : corporelle, diététique convenable, exercice physique prudemment mené et sous contrôle compétent, décongestion pelvienne, etc. Dans quelques cas, les symptômes peuvent par ces simples moyens, être suffisamment amendés pour faire croire à une guérison réelle.

En tout cas, si l'indication opératoire persiste à se poser, cette cure médicale n'aura pas été inutile et aura constitué une excellente préparation à l'acte opératoire ; car chez ces malades le terrain est fragile et la plus grande prudence chirurgicale est de mise.

L'artério-sclérose métrorragique, syndrome général à manifestations utérines est donc vraiment susceptible de provoquer des métrorragies dans la vieillesse. Mais il faut souligner la difficulté de son diagnostic, et remarquer que somme toute, elle constitue une rareté : sa connaissance serait plus néfaste qu'utile si elle excusait l'ignorance d'un cancer génital au début de son évolution.

II. — LA SYPHILIS UTERINE: s'il existe une infection portée d'une affection particulière pour l'appareil circulatoire, c'est bien la syphilis. Il n'est donc pas étonnant de la retrouver incriminée dans la production de certaines métrorragies séniles. Dalché nous rappelle que les anciens cliniciens n'ignoraient pas cette possibilité et que Pothérat, mais surtout Astruc prescrivaient des frictions

mercurielles sur le bas ventre pour guérir certaines maladies de l'utérus s'accompagnant de métrorragies. La statistique la plus importante est celle de Spinelli, qui avec Galli, en aurait colligé 5 cas, en rapport avec des syphilis tertiaires. L'étiologie spécifique est démontrée par les réactions sérologiques de la syphilis d'abord, par l'absence de toute autre lésion locale ou génitale, par l'inefficacité des méthodes habituelles de traitement et notamment du curettage, enfin par la nécessité du traitement spécifique.

On peut avec Dalché, distinguer trois aspects anatomiques sur la distinction desquels Périn est revenu récemment :

- *le syphilome diffus* ou forme pseudo tumorale celui que traitait Astruc par les frictions mercurielles ;
- *le syphilome gommeux*, bourgeonnant, ou forme pseudo néoplasique ;
- *la sclérose diffuse* enfin, qui n'est autre qu'une artério-sclérose métrorragique d'étiologie spécifique et pour laquelle pourrait être répété ce qui a été dit dans le paragraphe précédent :

Le tableau clinique des métrorragies spécifiques après la ménopause a surtout été décrit par Séjournet en 1923, puis repris en 1927 par Vayssière. On pourrait à son propos répéter exactement ce que nous disions de la symptomatologie des tumeurs ovariennes : l'allure des écoulements sanglants n'a rien de caractéristique qui permette de penser à la syphilis plutôt qu'à une autre affection, *et le plus souvent c'est le diagnostic de cancer du corps utérin* qui doit logiquement être porté. Les pertes généralement sont irrégulières, peu abondantes, fétides, plus ou moins roussâtres et produisant sur le linge qu'elles imprègnent

les classiques taches en cocarde. Le toucher vaginal révèle la présence d'un utérus normalement atrophique, dont le col ne porte aucune modification particulière.

En présence d'un tel syndrome, la sagesse clinique commande de penser au cancer endocavitaire, et Séjournet, dans son travail insiste sur ce point tout particulièrement. Nous ne saurions omettre de le redire après lui et recommander de mettre en œuvre les explorations nécessaires pour écarter cette éventualité, la plus fréquente, comme la plus redoutable. D'ailleurs, on l'a vu, il existe des formes de syphilis à évolution endocavitaire et bourgeonnante, qui simulent à s'y méprendre le néoplasme et réalisent sur les images d'hystérogaphie un aspect identique à celui du cancer.

Il existe néanmoins des indices — à dessein nous ne dirons pas des symptômes — capables de mettre sur la voie du diagnostic. C'est d'abord la positivité des diverses réactions sérologiques de la syphilis. Encore faut-il savoir se défier de leur signification; on sait qu'elles sont positives chez certains cancéreux. Mais aussi la coexistence des deux affections n'est pas impossible, un épithélioma du corps pouvant très bien se développer chez une femme dont le Bordet-Wassermann serait positif pour une toute autre raison. Un critérium supplémentaire est nécessaire: *il est fourni par le traitement d'épreuve*. Il est de bonne clinique de l'instituer chez une femme syphilitique qui présente des métrorragies, quitte à être très prudent, et à envisager comme possible le classique «coup de fouet» donné aux lésions cancéreuses. Si la syphilis est réellement responsable des métrorragies présentées, le traitement les fait disparaître et amène la guérison tout en éliminant le spectre du cancer endo-cavitaire. Si l'amélioration tarde à se produire, si les hémorragies persistent, si les signes donnés par le toucher vaginal font craindre une évolution progressive, il n'est pas prudent de s'y arrêter. Spinelli

dans le cas qu'il publie souligne l'efficacité remarquable et rapide du traitement et il en fait la véritable pierre de touche du diagnostic.

On pourrait évoquer encore, comme appoint au diagnostic, la valeur du curettage explorateur. Nous avons déclaré ne pas vouloir entrer dans la discussion de ses mérites et de ses désavantages. Aussi, nous bornerons-nous à indiquer, pour ceux qui consentent à le pratiquer, que l'examen des débris retirés peut donner des indications précieuses. En tout cas envisagé comme moyen curatif des métrorragies, il faut savoir qu'il n'influence pas les symptômes et n'arrête pas l'écoulement sanglant. En somme le diagnostic de l'origine spécifique des métrorragies repose sur la positivité des réactions sérologiques, l'effet curateur du traitement d'épreuve, et s'il est mis en œuvre, l'échec du curettage dont l'action est nulle comme moyen thérapeutique.

Mais si l'on doit retenir dans quelques rares cas incontestables l'étiologie syphilitique, il reste que la similitude des tableaux cliniques alliée à la gravité et à la fréquence infiniment plus grande du cancer, doivent surtout faire envisager l'éventualité la plus néfaste.

Et même, si on a toutes les raisons d'incriminer la syphilis et d'écarter la dégénérescence néoplasique, il ne faut pas oublier l'adage classique «la syphilis fait le lit du cancer» qui peut aussi trouver son application dans des cas analogues. Nous n'en voulons pour preuve que cette observation fort instructive de P. E. Weil. Il rapporte le cas d'une malade, atteinte d'aortite syphilitique et ménopausée à l'âge de 54 ans, qui présentait à plusieurs reprises des métrorragies dont certaines étaient assez abondantes, qui cédaient au traitement médical. Les examens gynécologiques ne décelaient rien d'anormal. Or, 10 ans après la ménopause, les hémorragies deviennent rebelles à la

thérapeutique médicale, et durent plusieurs mois, s'accompagnant d'un déclin très net de l'état général. On l'examine alors à nouveau du point de vue génital et on s'aperçoit d'une augmentation évidente du volume de l'utérus: le diagnostic de cancer du corps est posé et une intervention chirurgicale faite sans plus tarder vient le confirmer.

Nous ne pouvons donc, en terminant le paragraphe, qu'insister sur la délicatesse d'un tel problème: la syphilis tertiaire de l'utérus est certes capable de produire des métrorragies, passé l'âge critique, *mais on ne saurait accepter son diagnostic avec trop de circonspection*; seule l'accumulation de preuves concluantes permettra de rejeter l'hypothèse de cancer, sans libérer la malade d'une surveillance médicale qui demeure toujours nécessaire.

III. — LES DYSCRASIES SANGUINES: susceptibles

de produire des hémorragies à tous les âges et dans toute les régions de l'économie, les altérations de la crase sanguine sont évidemment capables de provoquer des hémorragies post-climatériques. Il s'agit là d'une acquisition classique quoique relativement récente de la pathologie. P. E. Weill consacrait à ce point de vue une étude en 1925, et il relatait l'observation dont nous parlions quelques lignes plus haut. Dans sa thèse consacrée aux métrorragies hémogéniques. Chiche fait la nomenclature de toutes les observations publiées dans ce sens et en relève 52 cas. Mais parmi ceux-là il traite aussi des métrorragies à l'âge de la ménopause. Sur 10 observations personnelles qu'il présente, 3 seulement concernent des métrorragies post-climatériques. Et récemment, au IV^e Congrès de gynécologie tenu à Salies du Béarn, Isch-Wahl étudiait les divers états hémogéniques capables d'amener des hémorragies non utérines après la ménopause.

Les altérations sanguines qui peuvent être incriminées sont le plus souvent légères. Il ne s'agit pas en effet de ces syndromes accusés qui, entraînant des pertes sanguines multiples et abondantes, permettent rarement aux malades atteintes de passer le cap de la ménopause. Parmi la dizaine de patientes observées par P. E. Weill, de 40 à 70 ans, il s'agissait de petites hémogéniques. Elles avaient été réglées de façon précoce et plus abondamment que la moyenne. La tendance hémorragipare, en dehors des menstruations se marquait souvent depuis l'enfance par des gingivorragies discrètes, une tendance aux échymoses faciles. Les avulsions dentaires, les avortements, les accouchements avaient été suivis de pertes de sang, sinon abondantes, du moins nettement supérieures à la moyenne.

«Toutes ces femmes étaient en outre, ajoute P. E. Weil, des hépatiques patentes ou latentes, et l'on trouvait chez elles soit des symptômes de lithiase, soit d'obésité, soit des hémorroïdes, soit des varices, etc... Chez toutes, la tendance hémorragique est nette, discrète ou intense, mais en général intermittente». Quant aux signes objectifs révélés par l'examen hématologique, ils sont aussi modérés dans leurs résultats: temps de saignement irrégulièrement modifié, soit en plus soit en moins, temps de coagulation légèrement acéré, rétraction défectueuse du caillot qui s'émiette.

C'est sur un tel terrain que vont pouvoir se produire les métrorragies post-climatériques. Mais s'il est relativement banal d'observer ces divers symptômes, les femmes qui saignent après la ménopause à cause d'eux sont assez rares. Nous avons vu que la littérature n'était pas très prolixe sur un tel chapitre. Dès lors, une question se pose: «Pourquoi assistons-nous, dit P. E. Weil, à une reprise d'hémorragie plus ou moins durable et forte chez ces femmes?» Quel est en d'autres termes, le facteur de déclen-

chement qui fait saigner certaines de ces femmes à l'exclusion de bien d'autres ?

Il y a quelquefois une cause locale : P. E. Weill cite le cas d'une malade chez laquelle cette cause locale était constituée par un fibrome, six ans après la ménopause. Nous savons bien évidemment avec quelle prudence il faut accepter le diagnostic de fibrome dans les hémorragies post-climatériques. Dans l'immense majorité des cas, ils sont alors dans un état de transformation néoplasique, ainsi que l'ont souligné Ducuing, Jeanneney, Begouin, et bien d'autres. Ce cas toutefois faisait exception, puisqu'après six mois les métrorragies disparurent et tout rentra dans l'ordre. S'il en était ainsi c'est que, la congestion pelvienne aidant, le fibrome avait pu faire saigner grâce à la prédisposition individuelle relevant de la crase sanguine plus ou moins instable de cette malade.

Mais assez souvent aussi, il demeure impossible d'incriminer une cause locale à la production des hémorragies. Seules demeurent les petites altérations sanguines caractéristiques du syndrome, sans aucune cause génitale déclanchante. Les hémorragies se produisent alors irrégulièrement, sous l'influence de facteurs accidentels et variables, tels qu'une émotion violente, un dîner copieux, une promenade prolongée en automobile. La perte sanguine est peu abondante et rapidement tout rentre dans l'ordre. La malade s'en effraie assez peu, car elle connaît sa tendance hémorragique pour avoir eu maintes fois l'occasion d'en analyser les effets ; l'écoulement passe ainsi pour se renouveler quelques temps après sans pour cela altérer l'état général de la patiente.

IV. — LES HÉMORRAGIES « DIATHÉSIQUES »

Dans les cas que nous venons de signaler, le désordre, hémorragique, s'il ne reconnaît pas toujours une cause

locale manifeste, a néanmoins comme base une fragilité spéciale des petits vaisseaux et des anomalies de la coagulabilité sanguine. Il existe toutefois des observations encore plus curieuses de femmes, paraissant par ailleurs jouir d'une santé excellente, qui présentent sans raison apparente des métrorragies, plus ou moins abondantes et plus ou moins rapprochées. Au moment de la ménopause, cette éventualité n'est pas rare et Siredey, Brocq et Keller l'ont rappelé. Après elle, elles deviennent bien plus rares sans disparaître complètement. Et nous avons souvenance d'avoir entendu un médecin praticien fort distingué nous raconter le cas suivant, que nous aurions voulu pouvoir rapporter avec tous les examens complémentaires qui conviendraient. Il s'agissait d'une plantureuse «marchande des quatre saisons» qui avait joui d'une santé parfaite durant toute son existence, forte mangeuse, obèse et menant une vie encore très active à son âge. Après une ménopause ayant évolué normalement, cette femme vit de temps en temps reparaître des pertes sanguines. Le médecin consulté pratiqua des examens cliniques qui ne révélèrent rien de génital. Médiocrement rassuré, et redoutant le pire, il parvint avec beaucoup d'insistance à obtenir la consultation d'un chirurgien. Le curettage proposé fut énergiquement refusé par la patiente, qui, réfractaire à la chirurgie n'accepta en tout et pour tout qu'une curiethérapie intra-utérine. Celle-ci supprima les métrorragies pour quelques temps, mais elles recommencèrent, sans empêcher pour cela la patiente d'atteindre en excellent état et de dépasser sa 70^e année.

Il est bien clair que ce cas mériterait une observation minutieuse et détaillée avec un bilan humoral bien établi, surtout en ce qui concerne l'appareil circulatoire et les réactions sérologiques. L'étiologie spécifique qui serait plausible demanderait des précisions: elle ne paraît pas être en cause; puisque les antécédents pathologiques per-

sonnels sont réduits à néant et la descendance de cette malade ne présente absolument aucune tare organique.

Mais malgré son imprécision, cette histoire clinique demeure intéressante, et nous avons l'impression qu'elle doit se retrouver sinon souvent, du moins avec une fréquence appréciable. Il existe probablement des femmes en bonne santé habituelle, et qu'une minime perte de sang n'est pas faite pour effrayer, surtout si l'état général demeure floride: le médecin n'est pas toujours appelé et si la métrorragie ne se reproduit pas, rien ne vient plus faire penser à elle ni à sa signification grave toujours possible.

Ces éventualités dont nous venons de donner une illustration, ne relevant d'aucune lésion génitale importante, et se produisant chez des personnes jouissant d'un bon état général, nous les classons dans cette catégorie évidemment fort vague des métrorragies d'ordre diathésique. Il s'agit là de manifestations passagères favorisées par un ensemble de circonstances faites d'antécédents héréditaires et familiaux que les anciens auteurs appelaient le «terrain arthritique», d'antécédents personnels au premier rang desquels on rencontre une légère insuffisance hépatique, la lithiase biliaire, la multiparité, les excès de table et de boisson et surtout la constipation chronique. Le tube digestif paraît ici jouer un rôle considérable et la stase intestinale, avec la congestion et l'état d'intoxication qu'elle entraîne, constitue à n'en pas douter un facteur de premier plan. L'observation que nous avons rapportée de métrorragies relevant d'une appendicite chronique vient corroborer par un fait précis et longuement analysé, cette façon de voir. Mais là, l'intervention chirurgicale a permis de découvrir un trouble bien individualisé dont la cure a amené la disparition des manifestations hémorragiques. Il existe sans doute d'autres cas comparables où l'intestin chroniquement malade ou simplement

l'obésité, la dysthyroïdie, une légère hyperuricémie, une sclérose artérielle modérée à des modifications moins appréciables.

Et ces anomalies, qui individuellement bénignes, seraient incapables d'entraîner des troubles sérieux, deviennent par leur association aptes à réaliser le syndrome de l'hémorragie post-climatérique. Il s'agit donc bien là de facteurs multiples et divers venant constituer un ensemble qui n'est autre que le «Terrain», notion sur laquelle l'Ecole Montpelliéraine a insisté bien des fois.

A ces troubles attribuables souvent à un processus chronique d'intoxication endogène par insuffisance des émonctoires urinaires ou digestifs peuvent s'ajouter d'autres causes toxiques, exogènes ou même infectieuses. Nous ne parlerons pas du tabagisme, pratiquement inconnu chez nous dans le sexe féminin, ni de l'alcoolisme relativement rare chez les femmes de notre pays. Par contre, certaines affections, par leurs séquelles tardives sont susceptibles de modifier la terrain et d'y apporter de sérieuses perturbations: ainsi nous paraît capable d'agir *l'infection palustre*. Certes, les cas de métrorragies post-climatériques qui lui sont attribuables demeurent infiniment rares. Ils ne le sont pas au point que Moulon, à la fin du siècle dernier, n'ait pu leur consacrer sa thèse inaugurale, que nous regrettons beaucoup de n'avoir pu nous procurer.

Les métrorragies sont donc susceptibles, même après la ménopause de reconnaître une origine extra génitale, et de relever de lésions intéressant l'organisme tout entier. Néanmoins, nous serions arrivés à un résultat bien opposé à celui que nous recherchons si la multiplicité des causes

que nous venons d'invoquer était de nature à faire croire à leur grande fréquence. «Si les causes médicales des métrorragies sont nombreuses, tous les auteurs sont par contre d'accord pour dire qu'on en voit fort peu en pratique. Cependant, il faut toujours y penser quand on examine une femme qui perd». Cette phrase que nous relevons encore dans la monographie d'Imbert, Mosinger et Haimovici nous paraît exprimer tout à fait la réalité des choses. Sous le prétexte qu'une cause générale peut être soupçonnée chez sa malade, le médecin n'a pas le droit d'arrêter là ses investigations : il ne devra se rallier définitivement à cette solution que quand il aura épuisé la gamme des recherches dont il dispose, quitte à leur attribuer la valeur respective que son expérience lui conseillera. Et ce serait à son passif une faute lourde que de laisser passer un épithélioma du corps utérin en mettant des hémorragies qui le trahissent sur le compte de troubles digestifs imprécis ou de vagues notions de diathèse. *L'intérêt théorique ne saurait faire perdre de vue la réalité des choses* et nous ne saurions mieux terminer ce chapitre qu'en répétant cet axiome que notre maître, M. le Professeur Riche nous appelle dans son enseignement quotidien : *En présence de plusieurs diagnostics également plausibles, il faut s'arrêter à celui dont la méconnaissance serait la plus préjudiciable à la malade*. Le médecin ne doit jamais oublier que son malade s'est confié à lui pour être traité, et mieux vaut une erreur qui rassure en éliminant une éventualité fâcheuse, qu'un optimisme mal fondé qui laisse évoluer un mal dont l'heure chirurgicale sera bientôt irrémédiablement écoulée.

III. PARTIE

Les étapes du diagnostic

Nous venons ainsi de passer en revue les causes diverses qui, en dehors de l'altération de la cavité utérine, telles que le cancer du corps ou la métrite sénile, sont capables de faire saigner un utérus après l'âge critique. Ces causes étant connues, il nous reste à envisager par quels degrés progressifs le diagnostic peut en être posé, et à essayer de donner une solution au problème pratique qui se présente : *une femme ménopausée présente des métrorragies. A quoi sont-elles dues? Quelle conduite faut-il adopter?*

La réponse à de telles questions, si nous voulions la faire complète et munie de toutes les raisons explicatives utiles, risquerait de nous amener bien loin, et de nous faire un peu perdre de vue notre point de départ. Il faudrait notamment décrire les diverses méthodes d'exploration de la cavité utérine, et reprendre par exemple la discussion de la valeur du curettage explorateur. Nous avons dit plus haut que nous ne voulions pas l'aborder dans un

tel travail. Nous essaierons simplement d'esquisser le plan des recherches, en nous appuyant sur toutes les méthodes d'investigation qui nous sembleront utiles, mais sans en discuter les avantages et les inconvénients. D'autres auteurs l'ont fait avant nous, et nous avons dit que l'accord parfait est loin d'être réalisé sur ce point : nous laisserons à chacun le soin de juger suivant ses tendances.

Ce qui reste certain, et qui domine incontestablement le problème, c'est *qu'une métrorragie post-climatérique est le plus souvent l'indice d'un cancer* qui se développe en un point de l'arbre génital, et plus particulièrement au niveau de la cavité utérine. Suivant les statistiques, la fréquence du cancer du corps, nous l'avons dit, est très variable : mais, même pour les auteurs qui en signalent les plus bas pourcentages, *plus de la moitié des cas, environ 60 % si l'on prend le chiffre moyen, ont comme origine un cancer de l'utérus*. Comment allons-nous pouvoir dès lors procéder pour rattacher le symptôme à sa cause provocatrice ?

Pour être logique, la marche vers le diagnostic doit suivre des degrés progressifs, et ce sont ces étapes que nous allons nous efforcer de décrire, en leur donnant toute la précision compatible avec la nécessité de la schématisation.

Avant toute chose, *il faut faire de la malade un examen médical approfondi*. Les anciens gynécologues, plus méfiant à l'égard des procédés chirurgicaux, mais aussi peut-être plus enclins à faire le bilan organique de leurs sujets, y insistaient tout particulièrement. Pour n'être pas fréquentes, les causes médicales des métrorragies peuvent se rencontrer, nous l'avons vu. Et avant de se précipiter vers un examen spécialisé, qui sera tout de même effectué ensuite, il convient de se rendre compte des caractéristiques diverses de la malade. L'interrogatoire sera minutieux et portera non seulement sur la période actuelle,

mais encore sur les antécédents héréditaires, familiaux et personnels. Les périodes de la vie génitale passée, par leur valeur de prédisposition seront toujours intéressantes à connaître en détail : particularités de la menstruation, instauration des règles, leurs caractères, grossesses et avortements, évolution et âge de la ménopause. Les petits troubles circulatoires anciens ou récents seront fouillés : vertiges, palpitations, tendances hémorragiques révélées par les traumatismes de petite importance. Le fonctionnement digestif enfin fera l'objet de demandes précises et réitérées, visant à dépister les symptômes d'une insuffisance hépatique discrète, d'une stase intestinale, voire d'une appendicite chronique. Et comme le remarque Siredey, il sera bon de connaître les traitements médicaux divers qui ont pu être suivis : chacun sait en effet que cet âge est celui sans doute où la thérapeutique publicitaire trouve le plus grand nombre de ses fidèles, non quelquefois sans entraîner quelque dommage.

Les anamnétiques recueillis avec le plus de détails possible, il sera procédé alors à l'examen somatique complet : nous n'aurions garde d'y insister ici. Le médecin doit s'enquérir de l'état de l'appareil circulatoire, mesurer la tension artérielle, rechercher les troubles de la coagulabilité du sang, explorer la fonction hépatique et rénale, pratiquer enfin certains examens humoraux et notamment les réactions sérologiques de la syphilis. De sorte qu'avant d'explorer l'appareil génital, il soit possible de voir si dans le bilan organique rien ne vient, sinon produire, du moins favoriser les symptômes dont se plaint la malade. Il n'est pas indifférent d'ailleurs de savoir saisir les premiers signes du déclin de l'état général, trahissant l'évolution d'une néoplasie possible. C'est l'examen général, on s'en souvient, qui avait permis à P. E. Weill de dépister un cancer chez une malade qu'il suivait depuis plusieurs années pour des métrorragies imputables à la syphilis.

Ceci posé, et le bilan organique établi, l'examen gynécologique va pouvoir entrer dans ses premières étapes : elles auront pour base l'examen clinique élémentaire, *Le toucher vaginal*. Cette exploration est susceptible de donner déjà de multiples renseignements : état plus ou moins avancé de l'involution sénile du vagin, dont le diaphragme peut quelquefois être si prononcé qu'il soustrait le col à toute atteinte, altération de ce col, permettant d'éliminer d'emblée l'origine cervicale de la métrorragie présente, hypothèse que, par définition nous n'envisageons pas. Mais, en somme, le toucher vaginal va nous permettre de diviser les cas cliniques en grandes catégories pour lesquelles l'ordre des investigations sera un peu différent.

Nous les diviserons pour la clarté de l'exposé en deux groupes principaux :

- un premier, composé des malades présentant une tumeur latéro-utérine perceptible au toucher ;
- un second, dans lequel la métrorragie est véritablement mono-symptomatique, le toucher ne relevant pas de masse latéro-utérine.

Trois hypothèses dès lors peuvent être envisagées :

I° HYPOTHESE

Présence d'une tumeur latéro-utérine

Elle peut évidemment revêtir des aspects morphologiques très divers donnant déjà une idée de sa nature. Le contexte clinique viendra aussi donner des renseignements supplémentaires, surtout par le déclin ou le maintien de l'état général, d'une part, et d'autre part les modifications abdominales possibles: augmentation du volume du ventre par exemple, ou voussure localisée de la paroi. Et déjà le diagnostic pourra être orienté: on pourra penser, hypothèse relativement fréquente à cet âge, à un kyste de l'ovaire en voie de développement si la masse perçue au toucher combiné au palper se révèle de consistance liquidienne; les tumeurs de l'ovaire, notamment le fibrome et l'épithélioma, seront envisagées, accompagnées le plus souvent d'un degré plus ou moins marqué d'ascite libre; il n'est pas jusqu'aux tumeurs annexielles auxquelles on ne doive penser, les néoformations tubaires pouvant se rencontrer.

Quelle que soit la morphologie de la tumeur latéro-utérine présentée, il faut tâcher de rechercher les modifica-

tions subies par l'utérus. Existe-t-il entre eux de simples rapports de voisinage? ou bien la tumeur contracte-t-elle des adhérences intimes, qui fixent l'utérus soit en le bloquant du côté opposé du pelvis, soit en l'attirant vers elle? Ceci dit, et après avoir constaté que le corps utérin lui-même ne présente aucune anomalie évidente, il est logique de penser que cette tumeur est la cause de la métrorrhagie. Mais ce n'est qu'une possibilité: le médecin serait fort imprudent si ses conclusions étaient déjà faites. Il ne faut pas oublier la grande fréquence du cancer du corps, alors que les métrorrhagies extra-utérines sont fort rares. *en aucune façon la présence d'une tumeur latéro-utérine ne dispense d'une exploration de la cavité.*

Néanmoins le dogme de l'hystérectomie systématique semblerait trouver ici une justification: en effet, de toute façon, la laparotomie se trouve indiquée, en dehors d'empêchement formel tenant à l'état général. Par conséquent on trouvera rationnel d'éviter le curettage intra-utérin. Malgré les éloges que lui adressent ses défenseurs, il ne laisse pas de comporter des dangers réels, tels le risque de perforation, d'infection ascendante par les trompes, avec pelvi-péritonite. Négatif, il laisserait planer des doutes, et une laparotomie serait de toute façon décidée.

Si donc on décide avant l'acte chirurgical de faire une exploration intra-utérine, il conviendra de l'effectuer *par les moyens dont l'innocuité habituelle est maintenant reconnue. L'hystérométrie* (Violet) peut être utile, bien que les indications qu'elle fournit soient restreintes, car elle n'a de valeur que si elle détermine un saignement. Le *toucher intra-utérin*, prôné par de nombreux auteurs tels que Violet et Vayssière, nous l'éliminons, car, pour être correctement fait il nécessite comme l'a montrée ce dernier auteur l'introduction de toute la main dans le vagin, et donc une anesthésie profonde.

De sorte qu'il nous reste deux procédés considérés peu dangereux, et que l'on peut mettre en œuvre sans insensibilisation préalable : ce sont *l'hystéroscopie* et *l'hystérographie*. Nous ne pouvons dans ce travail insister sur leurs modalités respectives, les résultats qu'elles peuvent donner, le matériel qu'elles nécessitent : toutes questions qui, pour être traitées à fond, demanderaient de longs développements que nous n'avons pas pour but de faire ici.

L'hystéroscopie, ancienne méthode récemment remise en honneur peut donner de précieuses indications. Abandonnée depuis longtemps en raison des tentatives peu encourageantes faites par Aubineau, Désormeaux, Pantaloni au siècle dernier, mais surtout par David (1908) elle fut reprise grâce à des perfectionnements techniques dont l'expression est réalisée par l'hystéroscope actuel de Segond. La petitesse de la cavité utérine, la nécessité de travailler sous un courant d'eau permanent, les ébrouis muqueux ou sanglants, les aspects très divers rencontrés dans l'oculaire rendent compte des difficultés de la méthode. Mais elle a pour elle sa bénignité absolue, aucun accident, à notre connaissance du moins, ne lui étant imputable jusqu'ici. Toutefois nous n'en avons pas l'expérience et ne pouvons que rapporter les notions données par les auteurs qui l'ont pratiquée. Malgré la délicatesse des interprétations et les difficultés de la technique, elle nous semble de nature à perfectionner beaucoup l'exploration intra-utérine et à permettre même une action locale, par la diathermo-coagulation par exemple. « Elle nous paraît être la méthode diagnostique qui sera prochainement la plus efficace et la moins dangereuse pour violer, entre autres, le secret étiologique des métrorragies monosymptomatiques tardives » (Imbert, Mosinger, et Haimovici).

Moins ancienne peut-être, *l'hystérographie*, surtout depuis qu'elle se pratique au moyen du lipiodol, est à l'heure

actuelle bien mieux au point que l'endoscopie utérine. Les travaux qu'elle a suscités sont légion, tant en ce qui concerne la technique que les résultats, et les dangers auxquels elle expose. Accusée par certains de nombreux méfaits, tels qu'accidents infectieux par voie tubaire, accidents toxiques tenant à la nature du produit, fréquents avec les anciennes substances mais rares avec le matériel actuel, accidents emboliques par injections dans les sinus utérins, évitables par une manipulation prudente, l'hystérogographie paraît à l'heure actuelle une méthode d'exploration intra-utérine d'une réelle innocuité, ainsi que l'ont montré les travaux récents de Cl. Bécclère, Douay, Mme Francillon-Lobre et Dalsace, Giacché entre autres. Ceci, bien entendu lorsque sont prises toutes les précautions d'usage et notamment lorsqu'on évite de la pratiquer dans un utérus infecté ou mal préparé. Elle ne constitue donc pas un gros risque à courir, et cependant elle peut donner des indications très appréciables sur l'état de la cavité utérine. La régularité de ses contours et leur netteté peuvent être telles qu'elles ne prêtent pas à discussion. Seules des lésions minimes, tel un cancer tout au début de son développement, seraient capables de passer inaperçues après une hystérogographie pratiquée dans de bonnes conditions. Et ce facteur, *joint à la présence de la tumeur juxta-utérine*, nous paraît suffisant pour attribuer à celle-ci la responsabilité de la métrorragie, en éliminant un cancer endocavitaire dont la coexistence, toujours possible, est toujours à craindre.

Enfin l'hystérogographie, dans quelques cas tumeurs latéro-utérines, peut d'après les déformations imprimées à la cavité, donner une idée de volume de la lésion et de ses rapports avec l'utérus. Mais ce sont là en somme des précisions accessoires, comparativement aux lumières concernant la liberté de la cavité utérine. Rassuré de ce côté là, on pourra dès lors mettre en œuvre le traitement de l'af-

fection extra-utérine que l'on a découverte, et *pratiquer une laparotomie*.

Au cours de celle-ci, deux solutions sont plausibles :

— ou bien, en présence d'une néoformation ovarienne ou salpingienne on se décidera à pratiquer une *hystérectomie* en même temps qu'une annexectomie. L'ablation de l'utérus prolonge certes l'intervention et la grève de risques supplémentaires. Ils ne sont pas tels cependant qu'il faille hésiter devant eux à sacrifier un organe peut-être malade, en tous cas certainement inutile et capable plus tard de nécessiter une nouvelle opération.

C'est la solution qui nous semble préférable, et susceptible de donner une quiétude complète, au cas où l'hystérogaphie n'a pas été complètement formelle ;

— ou bien l'intervention *se bornera seulement à l'ablation de la tumeur développée aux côtés de l'utérus*. Moins traumatisante que la précédente cette conduite peut être dictée par deux raisons différentes : soit que l'état général de la malade commande une intervention réduite au minimum de choc, et que l'inspection ne révèle rien de macroscopiquement décelable, le ventre ouvert ; soit que l'exploration intrautérine ait été faite avec une précision de résultats qui excluent toute ambiguïté, de façon que, tranquille du côté abdominal on le soit aussi du côté cavitaire.

Cette solution, moins radicale que la précédente, est donc surtout basée sur le coefficient de résistance organique : dans des conditions normales, nous croyons qu'elle doit céder le pas à la première, plus satisfaisante.

En somme devant cette première hypothèse, la présence d'une tumeur latéro-utérine, nous voyons qu'en toute logique *l'indication opératoire se pose* : l'exploration intra-utérine est utile de toutes façons pour renseigner sur l'état

de la cavité. Elle est absolument indispensable et dans toute sa rigueur si l'on se propose de laisser l'utérus en place et de ne se borner qu'à extirper la tumeur. Or, nous ne saurions trop le répéter, si celle-ci peut avoir causé la métrorragie il y a encore plus de chances pour que cette dernière soit révélatrice d'un cancer du corps; et à faire une laparotomie, tant vaut enlever l'utérus certainement inutile et peut être nuisible.

II. HYPOTHESE :

Pas de tumeur latéro-utérine perceptible

On se trouve donc en présence d'une métrorragie monosymptomatique pour laquelle va se poser dans toute son ampleur le problème de l'exploration intra-utérine. Ici, il n'est plus raisonnable de penser d'emblée à une origine extra-utérine de la métrorragie : *tout plaide au contraire pour le cancer du corps, si bien que plusieurs ont préconisé* à la suite de J. L. Faure, comme on le sait l'hystérectomie systématique sans plus ample informé. Sans vouloir discuter le bien fondé de cette attitude qu'à l'heure actuelle on semble un peu délaisser, voyons de quelle façon on peut diagnostiquer l'origine de la perte de sang observée.

L'hypothèse la plus plausible de beaucoup étant le cancer corporéal, il est de toute évidence qu'il faut prendre tous les moyens pour *s'assurer de l'état de la cavité utérine*. Et il convient de se souvenir, ainsi que le font remarquer Quénu et Butaud par exemple, qu'effectuées avec prudence technique et avec discernement, les diverses explorations intra-cavitaires comportent moins de risques qu'une hystérectomie faite inutilement.

De l'hystérométrie et du toucher intra-utérin nous ne répéterons pas ce que nous avons dit quelques pages plus haut : leur utilité éventuelle est en tous cas accessoire, en comparaison des autres méthodes dont on dispose.

L'hystéroscopie et l'hystérographie nous paraissent ici devoir marcher de pair. Le cancer du corps utérin se traduit souvent quand il est assez développé, par des images très caractéristiques, tant dans l'objectif que sur les clichés radiographiques. Dans l'état actuel des choses ceux-ci semblent supérieurs car ils possèdent une finesse de détails qui, examinés à loisir, peut fournir les plus précieux indices. D'autant qu'en ces dernières années la technique de l'hystérographie s'est enrichie de quelques variantes tendant à la perfectionner : citons par exemple la technique de Picaud «à col ouvert» moins dangereuse semble-t-il que celle «à col fermé» classique ; quand à l'*hystéro-muographie*, destinée à donner des images plus fines des altérations de la muqueuse grâce à un liquide opaque plus fluide, elle est loin d'être encore d'utilisation courante. Plus utiles dès maintenant nous paraissent être les images de remplissage progressif sur lesquelles a insisté Porovic. Elles exigent évidemment la manipulation en scopie.

Ainsi mise au point, l'hystérographie donne de la cavité utérine une image véritablement très fidèle. Normalement triangulaire et aux bords nets, elle se trouve modifiée dès qu'une altération peut se produire. Sans parler de certaines images si démonstratives de polypes, nous envisageons ici surtout les images dites *lacunaires* par lesquelles se traduit l'épithélioma intra-utérin. Mais si, quand la lésion est avancée, cette image revêt une netteté évidente, de nature à emporter d'emblée la conviction, bien souvent elle se trouve réduite à une petite irrégularité, à un petit déchiqueté du contour. Ce flou, répandu uniformément à toute la cavité peut fort bien ne représenter que l'aspect tomenteux dû à une métrite hyperplasique : nous en avons

observé des cas très démonstratifs dans le service de M. le Professeur Riche. Localisé à une corne utérine, il représente à peu près à coup sûr le début d'une prolifération maligne. Et si l'on ajoute à celà qu'au cliché de face peut être joint un cliché pris de trois quarts, les images des bords seuls visibles auront suffi à nous faire utilement explorer toute l'étendue de la cavité utérine.

Il est certain, et le reproche lui a été fait, que la seule ombre de la cavité ne renseigne en aucune façon sur la nature de l'obstacle provoquant l'altération des lignes normales. On doit reconnaître cependant que l'hystérographie apporte déjà des renseignements d'une importance capitale lorsqu'elle permet d'affirmer *qu'il y a quelque chose d'anormal dans la cavité utérine*. Après la ménopause, une anomalie de la cavité utérine n'a-t-elle pas toutes chances d'être un cancer? Nous estimons par conséquent que *la constatation hystérographique soit d'une image lacunaire évidente, soit d'une altération évidente de contour localisée à un endroit des bords de l'image, peut et doit suffire à faire porter le diagnostic d'épithélioma corporel et entraîner une décision chirurgicale sans complément d'information*.

Il est même des cas, tel celui cité par Grégoire, Cl. Bécclère et Darbois, où l'hystérographie peut déceler une néoformation intra-utérine alors que le curettage, malgré son existence réelle, démontrée par l'intervention, n'a pu la mettre en évidence.

Celà constitue tout de même une rareté mais il faut bien reconnaître que dans la pratique l'interprétation du cliché ne révèle pas toujours un aspect aussi schématique ; et bien souvent elle prête à discussion. La cavité utérine ne se remplit pas toujours d'une façon parfaite, les caillots sanguins retenus dans l'utérus peuvent produire parfois de fausses images lacunaires, qui sont susceptibles de prê-

ter à confusion. Aussi, s'il existe incontestablement des cas où l'hystérographie suffit pour affirmer un cancer du corps, il en existe aussi certainement où elle ne peut fournir l'argument décisif.

Quelle conduite convient-il de tenir alors ? Ici deux conceptions différentes s'affrontent, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire. Les uns, ennemis du curettage, n'en veulent entendre parler à aucun prix, car ils l'accusent à la fois d'être « dangereux, infidèle et trompeur » comme s'exprime Ducuing. Et ils s'autorisent de la grande fréquence du cancer pour se passer de lui et pour poser l'indication de l'hystérectomie. Les autres au contraire, sans nier certains inconvénients du curettage, estiment qu'il peut, dans bien des cas, éviter l'hystérectomie, et le conseilleraient presque à l'exclusion de toute autre méthode de diagnostic. Mais n'est-il pas possible d'adopter un moyen terme à ces solutions diamétralement opposées ? Nous ne nierons pas les dangers incontestables du curettage, et *quand il est évitable nous croyons préférable de ne pas recourir à lui. Mais quand l'hystérographie ne suffit pas, plutôt que de recourir immédiatement à l'hystérectomie, nous estimons raisonnable de le pratiquer, avec quelques précisions indispensables.*

Et d'abord, avons-nous dit, l'hystérographie peut nous avoir fourni la notion imprécise d'une anomalie localisée en un point ou en l'autre. Dès lors il est possible ainsi que l'ont montré Douay ainsi que Mme Francillon-Lobre et Dalsace, de réaliser en quelque sorte *un curettage à minima, d'après les indications localisatrices de l'hystérographie*. Portant d'emblée sur la zone suspecte qu'elle explorera avec soin la curette peut alors négliger le reste de la cavité dont l'image était régulière. S'il existe une zone dégénérée, elle correspond certainement au point ainsi désigné par le cliché, et le *curettage dirigé* paraît dès lors fournir toute la sécurité désirable : il constitue une solu

tion élégante qui accentue les garanties de l'opération tout en atténuant ses risques.

Mais en supposant, ce qui est possible, que l'hystérographie ait été dépourvue de toute valeur localisatrice, et que d'autre part le cliché ne donne pas par sa netteté une idée suffisamment précise de l'intégrité utérine, devons-nous faire fi du curettage, et nous passer de ses services ? Ce n'est pas notre impression, et *dans ce cas là, bien précis* nous jugeons raisonnable de s'adresser à lui. Mais alors il deviendra nécessaire de s'entourer des garanties d'ordre technique sans lesquelles le curettage deviendrait inutile et dangereux. Ainsi que nous le répète notre Maître le Professeur Riche dans son enseignement clinique, le curettage est sans doute l'opération chirurgicale généralement la plus mal faite. Elle doit être exécutée par un chirurgien averti, et après une préparation soigneuse ; il ne suffit pas, après une dilatation minime, de promener aveuglément la curette sur les parois utérines. Il convient de réaliser une bonne dilatation, intéressant non seulement la région cervico-isthmique, mais véritablement *toute la cavité jusqu'au fond* : et notre Maître insiste sur le fait que pour atteindre ce but, seules les lamineires peuvent être utilement employées. La dilatation extemporanée aux bougies de Hégar, outre qu'elle peut être dangereuse (risques de refoulements septiques par les trompes à la manière d'un piston — Hayem, Frassinetti —) n'est généralement pas suffisante, car il ne faut pas oublier qu'on n'a plus affaire ici à un utérus jeune et élastique : le col est sclérosé et seule la dilatation lente pourra amadouer sa résistance. La rétention septique au-dessus de la laminaire faisant bouchon n'est pas à craindre si l'on a la précaution de les surveiller étroitement, de commencer par de très fins calibres, et de les laisser en place que quelques heures. On obtiendra ainsi, très progressivement, une dilatation *large et profonde* qui facilitera de beaucoup l'inter-

vention: celle-ci sera facile et peu dangereuse. La curette évoluera avec aisance dans tout l'utérus, l'exploration pourra être rigoureusement méthodique, les manoeuvres pourront être faites toutes de délicatesse, et on réduit ainsi au minimum à la fois les risques de curettage incomplets, et les dangers de perforation ou d'essaimages septiques.

Outre ce point capital, objet de l'assistance quotidienne de notre Maître, il en est un autre souligné par Fiolle notamment et qui relève de l'évidence même: on interrompra l'opération quand la curette aura retiré un débris suffisant, d'aspect caractéristique. Macroscopiquement le diagnostic est fait; inutile donc de prolonger les manoeuvres en terrain forcément septique. Il faut se souvenir qu'on fait là une biopsie et non un traitement: sa réalisation doit suffire.

Enfin, il peut paraître superflu d'ajouter que les débris recueillis doivent être examinés par un histologiste d'une compétence éprouvée. L'interprétation en est en effet parfois fort difficile, et si dans la généralité des cas la réponse du laboratoire est très affirmative, il faut savoir que d'autres fois des hésitations sont de mise. Les travaux de Moulonguet et de Mlle Gasne sur les états pré-cancéreux de la muqueuse utérine en font foi. Les plus avisés ont pu s'y tromper. Et Moulonguet cite à ce propos un cas de Solowig (*Zentralblatt für Gyn.*, Sept. 1891) où le microscope engagea à 2 reprises les Professeurs Paltauf et Weischelbaum à proclamer la bénignité de la tumeur, alors qu'un 3^e examen (Bisch) en démontra le caractère malin. Raison de plus pour le chirurgien de fournir à l'histologiste tous renseignements possibles, et surtout, comme y insiste Douay, sur l'orientation des coupes: faute de quoi «le microscope se perd dans les produits de râclage» (Mouchotte).

Exécuté avec toutes ces garanties nous estimons que le curettage doit garder sa place, évidente bien que limitée, dans le diagnostic des métrorragies post-climatériques. Car, comme le disait Leclerc «Entre l'exploration trop timide et le curettage brutal, il y a place pour une technique rationnelle qui doit donner une certitude au chirurgien et à sa malade».

Oui certes, au moins en ce qui concerne le cancer du corps utérin. Aussi bien n'est-il jamais entré dans nos intentions de le suspecter dans ce domaine. Mais s'il est vrai que le cancer du corps utérin *constitue la cause la plus fréquente des métrorragies après la ménopause*, nous avons montré que cette cause *n'est pas la seule*; et qu'en dehors de l'utérus sont susceptibles de se développer des lésions néoplasiques malignes se traduisant aussi par des pertes sanguines, quelquefois sans autre symptômes.

Quelles seront donc, après le curettage correctement fait, les éventualités qui pourront se présenter? Et quelle orientation ses résultats vont-ils donner à la thérapeutique?

Plusieurs cas sont possibles :

— soit que le curettage se montre *positif dans le sens du cancer corporéal*. Aucune hésitation n'est alors plus permise : seule l'hystérectomie est indiquée, sans plus tarder.

soit que, dans les débris ramenés, *l'histologiste n'ait pu découvrir de zone de dégénérescence*. Il répond simplement : Hyperplasie de la muqueuse, métrite hyperplasique. Nous avons vu qu'il fallait accepter avec prudence ce diagnostic. Car si, comme l'a montré Leclerc, il existe bien des métrites hyperplasiques bénignes, que le curettage suffit à guérir, rien ne permet d'affirmer qu'elles ne sont pas sous la dépendance d'une altération de l'ovaire. Dans un tel cas nous semble-t-il, un complément d'observation

est indispensable. Après le curettage *nous continuerons à surveiller la malade*: et alors, de deux choses l'une :

— *ou bien les métrorragies ne se reproduiront plus*: nous nous croirons autorisés alors à considérer vraiment l'hyperplasie muqueuse comme essentielle et nous arrêterons là nos investigations et notre action chirurgicale.

— *ou bien, dans un délai plus ou moins rapproché, les métrorragies se reproduiront*: c'est la troisième et dernière hypothèse que nous avons à considérer.

III^e HYPOTHESE

Pas de tumeur latéro-utérine perceptible Exploration intra-utérine négative persistance des métrorragies après le curettage

La clinique n'a pas permis de déceler de tuméfaction annexielle, et on est pratiquement certain que la cavité utérine ne contient pas de lésions cancéreuses. A la suite de plusieurs auteurs qui se sont trouvés en présence de cas analogues, Ahumada, Fleurent, Douay, Goutallier pour ne citer que certains d'entre eux, nous penchons alors résolument pour la laparotomie. Nous n'allons pas jusqu'à prétendre comme Brocq et Chabrut que celle-ci peut nous dispenser de l'exploration intra-utérine : car, remarquait J. Quénu, à l'ouverture du ventre, si une néoplas annexielle peut être visible, un cancer endo-utérin débutant, sans hypertrophie de l'organe ne se manifeste par aucune modification anatomique ; ou alors on en vient à l'hystérectomie systématique. Nous admettrons donc que le curettage n'est pas passé à côté d'une transformation

maligne. Mais la persistance de l'hémorragie, due à la récurrence de l'hyperplasie muqueuse nous fait forcément penser que le *primum movens* persiste. Or, comme nous nous sommes attachés à le démontrer plus haut, la métrite hyperplasique, quand elle se reforme est considérée *comme le témoin de l'activité ovarienne*. Nous en venons ainsi par des déductions logiques à l'opinion exposée par Brocq et Chabrut lorsqu'ils écrivent : «Le curettage explorateur n'a de valeur que s'il est positif. Dans le cas contraire, si les métrorragies continuent, il ne faut pas se laisser bercer par une fausse sécurité, mais bien pratiquer une laparotomie».

Et celle-ci, que nous montrera-t-elle?

1) Elle peut révéler *une affection annexielle évidente* : ovaire augmenté de volume, ou ramolli, trompe renflée manifestement malade par exemple. Quelle conduite tenir? Nous ne pouvons que répéter ici ce que nous disions plus haut, à propos des tumeurs juxta-utérines perceptibles au toucher : à moins de formelle contrindication tenant à l'état général et commandant un choc opératoire minimum, nous estimons plus prudent de tout enlever, utérus et annexes. Toute erreur est ainsi forcément éliminée.

2) Elle peut montrer, à côté d'un appareil génital d'apparence absolument saine, une *lésion extra-génitale*, comme ce fut le cas pour l'appendicite chronique que nous avons rapportée. Si on possédait alors cliniquement la preuve de l'activité de cette lésion, et si d'autre part l'hystérectomie paraît un risque important, comme c'était encore le cas puisque le malade était fortement obèse et que son état général était altéré par des troubles digestifs déjà anciens, la cure seule de cette lésion est une attitude défendable.

Mais nous ne saurions trop insister sur la délicatesse d'une telle décision, qui demande un sens clinique très avisé, et une connaissance approfondie de la malade. *En cas de moindre doute, nous affirmons qu'il serait imprudent de s'en tenir là.* Et voici pourquoi :

3) *La laparotomie peut enfin ne rien révéler d'anormal*, au moins à l'examen macroscopique : un utérus petit, normalement involué, de consistance scléreuse, des ovaires atrophiés, ratatinés, mobiles et durs. Et cependant derrière cet aspect normal peuvent se cacher des lésions minimes, dont la métrorragie a précisément trahi le début évolutif, par un mécanisme discutable, mais sans doute réflexe.

Pour Adler, les observations d'hémorragies par tumeurs ovariennes montrent que l'hémorragie peut, en pareil cas, constituer un sytôme précoce alors que la tumeur est encore très petite. Et nous avons déjà parlé du cas récent de Moulonguet et Leveuf, dans lequel seul l'examen microscopique put déceler près du hile d'un ovaire d'aspect normal, un point de dégénérescence cancéreuse. Il convient donc d'être très prudent dans l'interprétation des aspects visibles à la laparotomie. Nous croyons qu'il vaut toujours mieux, sauf constatation d'une lésion évidente et contrindication tenant à la faible résistance de la malade, *réaliser une hystérectomie avec ablation des annexes*. Les pièces seront examinées en détail du point de vue anatomo-pathologique. Celui-ci, on l'a vu, pourra donner des résultats surprenants, et dans ce cas le chirurgien ne pourra que se féliciter d'avoir été généreux dans ses indications.

Telles sont, schématisées et simplement esquissées, les étapes que nous estimons logique de suivre dans l'établissement du diagnostic d'une métrorragie après la ménopause. Elles s'inspirent surtout du souci d'éviter de laisser pas-

ser un cancer de l'utérus, lésion de beaucoup la plus fréquente et la plus grave. Mais elles n'oublient pas non plus que, en dehors de l'utérus, peuvent aussi se développer des lésions, quelquefois malignes, responsables de la métrorragie; et sans enlever toute indication au curetage, elles nous permettent de reconnaître que *les lésions responsables peuvent parfois être hors de sa portée*: il ne faut pas alors lui demander plus qu'il ne peut faire, le bon sens clinique doit discriminer ce qui lui revient et ce qui doit lui être enlevé.

Mais de toute façon, une métrorragie après la ménopause doit être considérée comme un signal d'alarme. «Il est un point capital, écrit Fletcher-Shaw, que nous devons toujours avoir devant les yeux; c'est la fréquence des lésions malignes comme cause d'hémorragie, et le fait que l'hémorragie est habituellement le seul symptôme précoce du cancer. *Et ainsi nous devons considérer chacun de ces cas comme malin jusqu'à ce que nous ayons fait la preuve que l'hémorragie est due à une autre cause.* Si nous voulons bien agir ainsi, ces lésions malignes seront dépistées pinstôt, et un nombre bien plus grand pourra être guéri».

Conclusions

1) De toutes les causes de métrorragies post-ménopausiques, mises à part les lésions cervicales, la plus fréquente est le cancer du corps de l'utérus. Critiquées d'après des bases exactement comparables, les statistiques publiées lui donnent une fréquence approximative de 60 %.

2) Il existe cependant des métrorragies dont la cause siège en dehors de l'utérus, et que l'exploration intra-utérine ne peut atteindre. *Mais ces causes sont infiniment moins fréquentes que l'épithélioma endo-cavitaire.*

3) Les causes les moins rares de métrorragies d'origine extra-utérine après la ménopause sont les kystes et les tumeurs de l'ovaire, bénignes ou malignes (3 à 8 % environ).

La *pathogénie* des métrorragies diffère suivant les cas : le plus souvent d'origine réflexe, elle peut reconnaître une origine hormonale.

L'hyperplasie de la muqueuse utérine, considérée souvent comme essentielle et bénigne, peut être le témoin d'une néoformation ovarienne.

4) En dehors de l'ovaire, les métrorragies post-ménopausiques peuvent, mais bien plus rarement dépendre

- soit de tumeurs salpingiennes,
- soit de causes d'ordre général: artério-sclérose métrorragique, syphilis, dyscrasies sanguines.
- soit de l'appendicite chronique,

5) Du point de vue du diagnostic, la notion de métrorragies d'origine extra-utérine, sans enlever toute valeur au curettage explorateur, vient confirmer les autres raisons que l'on a de penser *qu'il ne peut donner une quiétude absolue*. L'exploration intra-utérine, avec ses diverses méthodes devra, si elle reste négative, en cas de persistance de la métrorragie, être suivie d'une laparotomie exploratrice, si l'état de la maladie ne la contrindique de façon formelle.

6) L'intérêt théorique des causes extra-utérines des métrorragies ne doit pas faire perdre de vue le cancer de l'utérus, qui reste la cause infiniment la plus fréquente et la plus grave.

Entre plusieurs diagnostics également possibles, le chirurgien doit s'arrêter à celui dont la méconnaissance serait la plus préjudiciable à la malade.

Bibliographie

- ADLER K. — Les hémorragies d'origine bénigne survenant après la ménopause. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynakologie*. T. C. n° 2, 11 septembre 1927.
- AHUMADA J. C. — Cancer de l'ovaire et métrorragie post-ménopausique. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Buenos-Ayres*, 17 novembre 1927.
- ALBENQUE. — Le diagnostic des métrorragies post-ménopausiques. *Toulouse Médical* n° 16, 15 août 1932. P. 577.
- AMELINE A. — Ce que l'on peut attendre de l'exploration lipiodolée de l'appareil uéro-annexiel. *La Médecine*, n° 7, avril 1927.
- ANTOINE E. et de MARTEL. — Les appendicites chroniques. *Editions S. E. P.* p. 15.
- BABES. — Etude sur le folliculome de l'ovaire. *Gyn et Obst.* T. XVII n° 2, février 1928, p. 129.
- DE BACKER. — Radiographies après lipiodol intra-utérin. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 18 février 1927.
- LE BALLE et PATAY. — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. *Gyn et Obst.* T. XIX n° 4, avril 1929.
- Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 14 janvier 1929.

BAZY L. — Hystéroscope opérateur du Dr Robert Segond. *Soc. de Médecine de Paris*, 27 octobre 1934.

BECLÈRE Antoine. — L'activité endocrinienne des ovaires et les troubles de la ménopause. *Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*. Bruxelles, octobre 1929.

BECLÈRE Claude. — L'exploration radiologique en Gynécologie. Technique. Résultats. 1 volume chez Masson, 1929.

— De l'importance des mesures de pression au cours des injections intra-utérines de lipiodol. *Gyn et Obst.* T. XIV, n° 2, août 1926, p. 105.

— Technique de l'injection intra-utérine de lipiodol en radio diagnostic gynécologique. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*. T. XVI, n° 5 1927, p. 313.

— Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses. *Presse Médicale*, 22 juin 1929, n° 50.

— Les véritables hémorragies de la ménopause. *Congrès de l'Ass. des Obst. et Gyn. de langue française*, Paris, 1933.

— L'hystérographie dans le diagnostic des lésions intra-utérines et des métrorragies fonctionnelles. *IV^e Congrès international de radiologie Zurich-in Presse Méd.* 17 octobre 1934.

— Les métrorragies monosymptomatiques de la femme jeune. *Soc. d'Obs. et Gyn. de Paris*, 3 décembre 1934.

— Traitement du cancer du corps de l'utérus. *Presse Médicale*, 19 mars 1932, p. 259.

— Métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne et Ménopause. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 6 nov. 1933.

BÉGOVIN P. — Les faux fibromes utérins. *Paris Médical*, 26 décembre 1936.

BENTKOWSKI. — Cancer primitif de l'ovaire. *Th. Montpellier* 1921-1921.

- BÉRARD. — Néoplasie ovarienne avec métrorragies. *Soc. de Chir. de Lyon*, 20 décembre 1925.
- BÉRARD et F. E. LECLERC. — A propos du diagnostic du cancer du corps utérin: nécessité de l'exploration intra-utérine dans les métrorragies après la ménopause. *Presse Médicale*, 8 avril 1936, n° 29, p. 585.
- BISCH A. — Etude anatomo-clinique et thérapeutique du cancer du corps utérin. *Th. Lyon*, 1933.
- BONNET L. — Sarcome de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 3 mars 1930.
- BORGARELLI F. y SOROCOCO M. — Raspado utérino. *La prensa médica Argentina*, Buenos-Ayres, 29 février 1924.
- BQUILLY. — Les métrorragies d'origine ovarienne. *La Gynécologie*, 15 avril 1899, 15 juin 1899.
- BOURRELY. — Tumeurs primitives des trompes. *Th. Montpellier* 1910, n° 85.
- BROCQ Pierre. — Tumeurs kystiques et solides de l'ovaire prises pour des fibromes et traitées par la radiothérapie. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 9 mai 1937.
- BROCQ et CHABRUT. — A propos du curettage explorateur comme moyen de diagnostic des métrorragies chez les femmes âgées. *La Médecine*, 11 année, avril 1930, p. 290.
- Métrorragies chez une femme âgée par tumeur maligne des ovaires. *Soc. d'obst. et Gyn. de Paris*, 2 mai 1932.
- BULTEMAN. — Cancer primitif de la trompe. *Zent. fur. Gyn.* 23 avril 1927, p. 1037.
- BURCH, WILLIAMS et CUNNINGHAUS. — Etiologie de l'hyperplasie endométriale. *Surg. Gyn. and Obst.* vol. LIII, septembre 1931, p. 338.
- P. BURGER. — A propos des hémorragies après la ménopause et du curettage explorateur. *La Gynécol.* mars 1933.

- CADENAT. — Les dangers de la biopsie dans le cancer du corps de l'utérus. *L'Hôpital*, avril 1930, p. 252.
- CAMELOT. — Métrorragies et Kyste de l'ovaire. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1904, n° 10.
- CARAVEN. — Injection vasculaire massive de lipiodol au cours d'une hystérogaphie (cancer du corps) bénignité absolue de cette injection. *Soc. chirurgie*, 8 mars 1933.
- Métrorragies non cancéreuses des vieilles. *La Picardie Médicale*, mars 1934, p. 15.
- CARAVEN et LERAT. — Epithélioma primitif de la trompe. *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, mai 1909, p. 301.
- CARELLI, GANDOLFO et OCAMPO. — L'exploration radiol. et gyn. *La Semana Médica*, xxxii^e an., n° 2, p. 85.
- CARRERAS, FIGUÉRAS et FAISCAT. — Sur une nouvelle méthode méthode d'explor. radiologique en gynécologie. *Rev. méd. de Barcelone*, n° 28, t. V, mai 1926, p. 436.
- G. CHAVANNAZ et J. R. ROCHE. — Hémorragies post-ménopausiques tardives traduisant l'évolution d'un fibro sarcome de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et Gynéc. de Bordeaux*, 23 juin 1936.
- CORNIL, VAYSSIÈRE, CHOSSON et MOSINGER. — Un cas d'endométriose tubo-ovarienne. *Soc. d'Obst. et Gynéc. de Marseille*, 11 avril 1933.
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil gén. de la femme, *Masson*, 1927.
- Métrorragies liées à l'existence d'un petit fibrome de l'ovaire avec dégénérescence scléro-kystique. *Soc. de ch. de Lyon*, 28 juin 1923.
- COTTE. — Epithélioma primitif de la trompe. *Lyon chirurgical*, T. xxix, n° 3 1932, p. 381.
- COTTE et BERTRAND. — Exploration radiologique de l'appareil utéro-annexiel après injection de lipiodol. *Lyon chirurgical*, juin 1926, p. 384.

- L'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol. *Gyn. et Obst.* T. XIV, n° 2, août 1926, p. 81.
- COTTE et TRILLAT. — Sur l'endométriase du corps utérin. *Soc. de chir. de Lyon*, 9 novembre 1933.
- COUDERT E. — La métrite sénile. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juin 1921, p. 399.
- COURRIER R. — Histophysiologie de l'appareil génital femelle. *Encyclopédie médico-chirurgicale. T. Gynécologie.*
- COVARRUBIAS et ALBERTZ. — Carcinoïde de la trompe de Fallope. *Bol. de la Soc. de chir. de Chile*, 10 novembre 1926, p. 188.
- DALCHÉ DE DESPLANELS. — Métrorragies et salpingites syphilitiques. *Gazette des Hôpitaux*, 1905, n° 67, p. 795.
- DALCHÉ. — Les métrorragies après la ménopause. *Gazette des Hôpitaux*, 1912, p. 3.
- DAMM P. — Menstruation après traitement par les hormones ovariennes chez une femme castrée. *Zentralblatt für Gynakologie*, T. LVIII, 21 juillet 1934.
- Teneur en prolan de l'urine des femmes castrées. *Acta Obstétrica e Gynecologica Scandinavica*. Vol. XIV, fasc. 2, Helsingfors 1934.
- DANEL. — Double tumeur papillaire primitive des trompes de Fallope. *Journal des sciences médicales de Lille*, 10 août 1907, p. 121.
- DARTIGUES. — Symptomatologie des tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de Gyn. et de chir. abdom.* 1899, p. 793.
- DAVID CH. — Endoscopie utérine. IV^e Congrès français de Gyn. in *Presse Méd.*, 24 août 1935.
- Hystéroscope. *Soc. de Méd. de Paris*, 27 oct. 1934.
- DAVID L. — L'endoscopie utérine, ses applications au diagnostic et au traitement des affections intra-utérines. *Ann. de Gynecologie*, 1908, p. 513.

- DEBENEDETTI R. -- Fibromes utérins et tumeurs ovariennes. *Th. Lyon*, 1924, n° 12.
- DELANNOY et BEDRINES. -- L'oophorome folliculaire. *Gyn. et Obst. T.* 32 n° 5, nov. 1935, p. 420.
- DELESPINE J. — Métrorragies et affections annexielles. *Th. Paris*, 1905, n° 447.
- DELFOURD. — Appendicite et annexite droite. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Nancy*, 6 avril 1927.
- DIEULAFÉ. — Sur les liaisons appendiculo-ovariennes. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 17 juin 1926.
- DJEJEFF. — Appendicite en tant que moment étiologique des affections des annexes. *Th. Francfort* 1926, *C. R. in Zent. fur Gyn.* 10 octobre 1927.
- DOUAY. — Examen au lipiodol dans le cancer de l'utérus. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 8 juillet 1929.
- Métrorragies après la ménopause pour cancer de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 5 mai 1930.
- DUCUING. — Conduite à tenir en présence d'une femme atteinte de métrorragies post-ménopausiques. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 11 déc. 1931, T. XX.
- Toute femme qui perd après la ménopause a un cancer de l'utérus. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 27 janvier 1932, T. XXI.
- Valeur du curettage explorateur dans les métrorragies post-ménopausiques. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 27 janvier 1932 T. XXI.
- DUVAL P. — A propos des radiographies après injection intra-utérine de lipiodol. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 25 avril 1928.
- ENGELKENS J. H. -- Cancer primitif de la trompe de Fallope. *Nederland Tidjsch v. Geneesk.* Amsterdam, 22 janvier 1927.

FAURE J.-L. — Le cancer de l'utérus, 1 vol. chez Masson, 1925.

— Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. *Presse Médicale*, 24 mai 1930, n° 42.

FAUVET E. — Ueber Granulosazelltumoren. *Zentralblatt für Gynakologie*, T. LVI, n° 51, 17 décembre 1932.

FISCHER. — L'appendicite et ses masques. *Concours Médical*, 3 mai 1933, p. 1372.

— Les fausses appendicites d'origine annexielle. *Concours Médical*, 13 juin 1937.—

FLETCHER SHAW. — Haemorrhage about and after the menopause. *British Medical Journal*, 19 juin 1926.

FLEURENT M. — A propos de la symptomatologie du cancer ovarien. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 5 mai 1928.

FLUHMAN C. F. — Relations entre l'hyperplasie de l'endomètre et les hormones hypophysaires antérieures et ovariennes. *Surg. Gyn. and Obst.* v. LII, juin 1931, p. 105

FORGUE et MASSABUAU. — Les métrorragies de ménopause et de la puberté. Métrorragies d'origine ovarienne. *Presse Médicale*, 1912, p. 450.

MINE FRANCILLON-LOBRE et DALSACE. — Diagnostic des lésions utérines par l'hystéroggraphie. *Le Documentaire Médical*, décembre 1936.

— A propos des métrorragies de cause locale. *IV^e Congrès Français de Gyn. Salies-du-Béarn*, in *Presse Médicale*, 24 août 1935, p. 1333.

FRASSINETTI. — Pelvi-péritonite à apparition immédiate après un curettage utérin. Contribution pathogénique. Modification aux dilateurs cylindriques du Hégar. *II Policlinico*, An XXXVI, n° 9, 15 sept. 1929, p. 445.

FURTIN. — Indications du curettage en Obstétrique et en Gynécologie. *Th. Paris* 1904, n° 163.

- GAMBAROW. — Le traitement des hémorragies gynécologiques. *Gyn. et Obst.* T. XXXIII, mars 1936, p. 221.
- GARFINKIEL. — Carcinoma folliculoïdes ovarii. *Gynecologia Polska* 1929, T. VIII, p. 853.
- Mlle GASNE. — Les états précancéreux de la muqueuse du corps utérin. *Th. Paris*, 1932, n° 631.
- GIACCHE. — L'hystéroggraphie: son rôle dans le diagnostic en Gynécologie. *Gyn. et Obst.* T. XXX, n° 1, janvier 1935.
- GOINARD. — Le curettage explorateur en Gynécologie. *L'Algérie Médicale*, février 1934, p. 71.
- GOUTALLIER. — Métrorragies après la ménopause sous la dépendance de lésions annexielles. *T. Paris* 1931, n. 281.
- GRANDCLAUDE et RAZEMON. — Epithélioma primitif de la trompe. *Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. normale med. chir.* Paris, avril 1933, T. X, p. 448.
- GRÉGOIRE, BECLÈRE et DARBOIS. — Examen radiologique de l'utérus et des annexes. Technique et résultats. *Journal de Chir.* T. XXVII, n° 6, juin 1926.
- Du radiodiagnostic en gynécologie. Indications. Technique. Résultats. *Journal de Radiol. et d'Electrol.* t. XI, n° 1, janvier 1927.
- Du radiodiagnostic gynécologique. *Soc. d'obst. et Gyn. de Paris*, 13 juin 1937.
- GUYOT, COURRIADES et ROCHER. — A propos des métrorragies de la ménopause. *Soc. d'obst. et Gyn. de Bordeaux*, 3 juillet 1934.
- K. HABBE. — Beitrag zur Frage der Granulosazelltumoren. *Zentralblatt für Gynakologie*, t. LV, n° 11, 14 mars 1931.
- HAMANT, CORNIL et MOSINGER. — Epith. Wolffien des deux ovaires; en dométriase tubaire nodulaire; hyperplasie polypeuse et kystique de muqueuse utérine avec réaction pseudo sarcomateuse du chorion. *Soc. d'obst. et de Gynéc. de Nancy*, 20 mars 1929.

- HAMANT et MOSINGER. — Endométriose tubaire coexistant avec un épith. germinatif de l'ovaire; métrorragies. *Soc. d'obst. et de gyn. de Nancy*, 20 juin 1928.
- HAYEM. — A propos du curettage utérin. *Presse méd.*, 4 janvier 1928.
- P. HERVÉ. — Comment s'impose cliniquement le diagnostic du corps de l'utérus. *Thèse Lyon*. 1929.
- HEUSER. — La radiographie de la cavité utérine et ses avantages en gynécologie. *Revista argentina de Obstetrica y Gynecologia*, juillet, août 1925, p. 258.
- HOFBAUER. — A propos de l'étiologie de l'hyperplasie endométriale. *Surg. Gynec., and Obst.* Vol. LII, février 1931, p. 22.
- HORNUNG. — Beitrag, zu den Beziehungen zwischen. Appendic. und genitale. *Zent. fur Gynak.* n° 26, 30 juin 1928, p. 1630.
- HOUDARD et BONNET. — La Gynécologie en 1926. *Paris Médical*, 19 juin 1926, n° 25, p. 573.
- IMBERT et HAIMOVICI. — Le rôle de l'investigation utérine dans le diagnostic des métrorragies monosymptomatiques post climatiques. *Soc. de Ch. de Marseille*, 6 avril 1936.
- IMBERT, MOSINGER et HAIMOVICI. — Les métrorragies ménopausiques et post-ménopausiques, 1936. 1 vol. chez Baillière, Paris.
- ISBRUCH. — Ueber Granulosazelltumoren der ovarien, insbesondere bei alteren Frauen mit gleichzeitigen Schleimanthypertrophie des uterus. *Zentralblatt fur Gynakologia* 1926, n° 2.
- JAYLE. — Trait. chirurgical des métrorragies. *IV^e Congrès français de Gynécol.* *Presse Méd.* 24 août 1935. p. 1333.
- JEANNENEY et ROUSSEAU. — Le curettage explorateur dans les hémorragies de la ménopause. *Soc. d'obst. et de Gyn. de Bordeaux*, 23 juin 1936.

KELLER. — Métrorragie chez la femme au delà de la ménopause. *Soc. d'obst. et Gyn. de Strasbourg*, 1^{er} mai 1926.

— A propos des métrorragies chez la femme au delà de la ménopause. *La Méd. d'Alsace et de Lorraine*, 16 octobre 1926.

— Cancer primitif de l'utérus et cancer primitif de l'ovaire. *Soc. d'obst. et Gynéc. de Strasbourg*, 13 nov. 1926.

E. KLAFTEN. — Zur klinik und anatomie der Granulosazell-tumoren des Eierstocke. *Monatsschrift fur Geburtshulfe und Gynakologie*. T. LXXXVI, n° 6 décembre 1930.

LAHM. — Hémorragies post climatériques en cas de cancer ovarien. *Zent. fur. Gyn.* 22 octobre 1927, p. 2743.

LAFFONT. — Etude antomo-clinique des tumeurs des annexes. *Tome Gynécologie. Encycl. Méd. Chir.*

LAFUENTE HERNANDEZ. — La salpingografia en el diagnostic de tumores ovaricos. *Revista espanola de Obstricia y Gynecologia*. T. XIII, n° 154, octobre 1928.

LAROYENNE et Mlle BUSSY. — Appendicite à symptomatologie uniquement ovarienne. *Société Nationale de Méd. et des Sciences Médicales de Lyon*, 6 février 1929.

LECÈNE. — Epithélioma primitif de la trompe. *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, juillet 1909, p. 418.

LECLERC F. — Diagnostic du cancer du corps utérin. *Th. Lyon*, 1934.

— La métrite hyperplasique après la ménopause. *Presse Médicale*, 4 août 1933, n° 54, p. 1096.

LECLERC G. — Le cancer du corps utérin. *Presse Médicale*, 20 juin 1934.

LELLBACH A. — L'influence des tumeurs à cellules à granulosa sur l'utérus. *Zentralblatt fur Gyn.* T. LXII, n° 13, 31 mars 1933.

- LEO. — De la biopsie dans le cancer du corps utérin. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 16 Novembre 1928.
- LONJON. — L'exploration intra-utérine en Gynécologie. *Th. Montpellier*, 1931.
- MARTIN et SURMOND. — Le lipiodo-diagnostic en pratique gynécologique courante. *Soc. de Médecine de Paris*, 13 Mai 1932.
- MASMONTEIL F. — A propos de l'hystérosalpingographie. *Soc. de Médecine de Paris*, 24 Octobre 1931.
- MASSABUAU G. — Le cancer épithélial primitif de l'ovaire. *Th. Montpellier* 1936, N° 82.
- MASSABUAU et ETIENNE. — Le cancer primitif de l'ovaire. *Revue de Gyn. et Chir. abdominale* 1913, t. xx, p. 225.
- MERIEL. — Du curettage explorateur dans les métrorragies. *Bull. de la Soc. de Chir. de Toulouse*, 1931, p. 692.
- MERIEL. — *Concours Médical*, Juillet 1934.
- MEYER R. — Beitrag zur Frage der Funktion von tumoren der ovarien. *Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LIV, n° 38, 20 Septembre 1930.
- MEYER R. — Ovarialtumoren und Geschlechtlichkeit. *Klinische Wochenschrift*, t. ix, n° 48, 29 Novembre 1930.
- MICHON. — Valeur sémeiologique des polypes muqueux de l'utérus. *Th. Lyon* 1923, n° 84.
- MOCQUOT P. — Métrorragies. *Pratique Médico-chirurgicale*.
- MOCQUOT P. — L'examen radiologique de la cavité utérine. *Revue de chirurgie*, Octobre 1925, n° 8, p. 563.
- MOCQUOT P. — L'examen radiologique de la cavité utérine. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de chirurgie*, t. LI, n° 25, 18 Juillet 1925.
- MOIROUD. — L'artério-sclérose métrorragique de l'utérus. *Marseille Médical* 1925, p. 1450.
- MOUCHOTTE. — La pyométrie des femmes âgées. *Revue française de Gyn. et d'Obst.*, 25 Juin 1924.
- MOULONGUET-DOLERIS. — Les métrorragies après la ménopause causées par les tumeurs et les kystes de l'ovaire. *Gyn. et Obst.* 1924, t. ix, n° 6, p. 493.

- MOULONGUET P. — Etude histophysiologique des ovarites kystiques. *Annales d'Anat. Path.* t. v, n° 6 juin, p. 633.
- MOULONGUET P. — A propos des métrorragies observées après la ménopause et dues à une tumeur ou à un kyste de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 5 Mai 1930.
- MOULONGUET P. — Clôture de la discussion sur les métrorragies à l'âge de la ménopause. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 8 Janvier 1934.
- MOULONGUET et DOBKEVITCH. — Les sarcomes de l'utérus. *Gyn. et Obst.* T. xxi, n° 3, Mars 1930, p. 204.
- MOULONGUET et Mlle GASNE. — Diagnostic anatomo-pathologique entre les hyperplasies et les néoplasies de la muqueuse utérine. *Soc. Anatomique*, 5 Juillet 1934.
- MOULONGUET et LEVEUF. — Un cas de métrorragie sénile due à une tumeur de l'ovaire. *Académie de Chirurgie*, 28 Octobre 1936.
- MURET. — Des hémorragies post-climatériques. *Gyn. et Obst.* T. xv, n° 4, Avril 1927.
- MURET. — A propos du curettage explorateur. *Revue médicale de la Suisse Romande*. T. li, n° 3, 10 Mars 1931, p. 129.
- NEUMANN. — Granulosazelltumoren als Hormonspender. *Endokrinologie*, t. xii, n° 3, Mars 1933.
- NOVAK. — Granulosa-cell carcinoma of ovary as a cause of post-menopausal bleeding. *The American Journal of Surgery*, t. xxiv, Juin 1934, n° 3, p. 595.
- NOVAK J. — Traitement des troubles de la menstruation. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 49^e année, n° 11, 13 Mars 1936, p. 337.
- NOVAK et HERMAN-LONG. — Ovarian tumors associated with secondary sex changes. *Journal of the Medical Association*, t. cl, 30 Septembre 1933.
- OESTERREICHER W. — Contribution à l'étude de la ménopause masculine. *Klinische Wochenschrift*, t. xiii, 14 Juillet 1934.
- OFFUT. — Relation entre le cancer du corps et le cancer des ovaires. *Surgery Gyn. and Obst.*, Mars 1932.

- PAUCHET V. — Un danger de la biopsie dans le cancer du corps de l'utérus: la perforation utérine. *Bull. et Mem. de la Soc. des Chir. de Paris*, 1928, n° 14, p. 726; n° 15, 768.
- PEREZ-VELASCO. — Estudio y importancia de las hemorragias post-climatericas. *Revista Espanola de Obstetricia y Gynecologia*, t. XVII, n° 193, Janvier 1932.
- PERIN. — Metrorragies et ménorragies syphilitiques. *Soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 21 Juin 1934.
- PETIT-DUTTAILLIS. — Evolution, diagnostic et traitement de l'épithélioma du corps utérin. *Journal des Praticiens*, 9 Novembre 1932, p. 737.
- PHILIPP E. — Le contenu hormonal des kystes et néoformations de l'ovaire. *Zentralblatt fur Gyn.*, t. LXIII, 10 Mars 1934.
- PHILIPS J. — The investigation, pathology and treatment of utérine hemorrhages about the time of climateric. *The British Medical Journal*, 27 Sept. 1924, p. 568.
- PICARD E. — Un cas de folliculome typique de l'ovaire. *Annales d'Anat. Path.*, t. v, n° 6, Juin 1928.
- POPOVIC. — Le remplissage de l'utérus (Essai sur l'hystérographie). *Wiener Klin. Wochenschrift*, t. LII, n° 5, 31 Janvier 1929.
- FOUCHET. — Un cas de sarcome pur de l'utérus. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 27 Janvier 1932.
- POZZI et LATTEUX. — Sur une forme de métrite hémorragique: angiosclérose envahissante. *Revue de Gynécologie*, 1899, p. 771.
- PROUST et BECLERE Cl. — De l'intérêt de l'examen radiologique après injection de lipiodol dans le diagnostic des métrorragies. V° Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française, Lyon, 29 Septembre 1927. *In Gyn. et Obst.*, t. LXXXVI, n° 5.
- QUENU et BECLERE Cl. — Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause. *Soc. d'Obst. et Gyn de Paris*, 6 Novembre 1933.

- QUENU J. et BUTAUD. — Les métrorragies qui surviennent après la ménopause. *Le Bulletin Médical*, 17 Février 1934, p. 99; 17 Mars 1934, p. 157; 14 Avril 1934, p. 217; 16 Juin 1934, p. 377.
- QUENU et LONGUET. — Cancer primitif de la trompe. *Revue de Chirurgie*, 1901, vol. xxiv, p. 764.
- RETTERER et VORONOFF. — De l'involution sénile de la muqueuse utérine. *Gyn. et Obst.*, t. ix, 1924, n° 4.
- RICHARD A. — Contribution à l'étude des métrites séniles. *Th. Paris* 1896, n° 50.
- RICHE V. — Passim. Enseignement oral.
- RICHE, GUIBERT, FAYOT et LONJON. — Adénome diffus du corps de l'utérus. *Soc. des Sciences Médicales de Montpellier*, Mars 1931.
- RICHE, LAMARQUE, FAYOT et LONJON. — Explorat. radiol. de l'appareil génital de la femme après injection de lipiodol. *Soc. des Sciences Méd. de Montpellier*, 19 Juin 1931.
- ROLLIN. — Epithélioma primitif des deux trompes de Fallope. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Juillet 1905, p. 436.
- M. D. A. ROMERO. — Contribucion al estudio de la exploracion de las cavidades uterinas y tubarias con un liquido opaco a los rayons X. *Rev. Espanola de Obst. y Gyn.*, Janvier, Février, Mars 1928.
- K. ROSENBOECHER. — Uber Appendizitis und menstrueller Zyklus. *Monatsschnitt fur Gel. und Gynakologia*, vol. LXXX, 1928, p. 403, cahier 6.
- FANIA ROSENSTEIN. — *Strasbourg Médical*, n° 22, 5 Avril 1933, p. 537.
- H. ROTH (de Strasbourg). — Contribution au diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, t. xx, n° 5, Novembre 1929, p. 629.
- DE ROUVILLE, MADON et VILLA. — Tumeur géante de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et de Gyn.* Montpellier, 19 Mai 1926.
- P. RUMMELD. — Ueber Granulosazelltumoren. *Zentralblat fur Gynakologia*, t. LV, n° 5, 31-1-31.
- SCHIFFMANN. — Hémorragies post-climatériques et cancer de l'ovaire. *Zent. fur Gyn.* n° 33, 13 Août 1927, p. 2098.

- SCHIFFMANN. — Nouvelle contribution à l'étude des hémorragies après la ménopause. *Arch. fur Gynakologia*, tome xxxviii, fasc. 2, 20 Septembre 1929.
- W. SCHILLER. — Die Fruchdiagnose der Karzinom der weiblichen Geschlechtsorgane. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLIV, n° 49, 4 Décembre 1931.
- R. SECOND. — Présentation d'un hystéroscope nouveau. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 3 Décembre 1934.
- J. SEGUY. — Une observation de métrorragie de la ménopause. *La Gazette Médicale du Languedoc Méditerranéen et de l'Afrique du Nord*, t. XLIII, n° 6, 15 Mars 1936.
- P. SEJOURNET. — Les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus. *La Gynécologie*, Décembre 1923, p. 705.
- SICARD. — L'artériosclérose métrorragique de l'utérus. *Thèse Paris* 1909, n° 447.
- SIREDEY. — Diagnostic précoce du cancer du corps utérin. *Bull. de la Sté des Chirurgiens de Paris*, t. xxi, n° 15, p. 311.
- A. SIREDEY. — Les hémorragies de la ménopause. *Journal de Médecine et de Chir. Pratiques*, 10 Novembre 1930, p. 781.
- A. SIDEREY. — Les métrorragies après la ménopause. *Journal de Médec. et de Chir. Pratiques*, 10 Juin 1936, p. 395.
- SOLAL (d'Oran). — Les injections accidentelles au cours de l'hystérographie. IX^e Congrès de l'Association des Gynécologues de langue française, Alger, Avril 1935, in *Presse Médicale*, 1935.
- R. SOLAL et DALSACE. — Injection accidentelle de la veine iliaque interne au cours d'une hystéro-salpingographie. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 3 Décembre 1932.
- SPINELLI. — La syphilis utérine tardive. *Archivio Italiano di Ginecologia*, Naples 1900, p. 571.
- STEFANCSIK Sz. — Beitrag Zur kasuistik der Granulosazelltumoren. *Monatschrift fur Gebutshulfe und Gynakologia*, t. xcii, n° 5 et 6, Novembre 1932.

- STRAUSS A. — Cancer de l'ovaire après la ménopause associé à un retour d'hémorragie utérine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. xvii, n° 2, Février 1929, p. 248.
- SZATHMARY ZOLTAN V. — Ueber Granulosazelltumoren. *Arch. fur Gynakologia*, t. CLIII, n° 1, 14 Mars 1913.
- TEDENAT. — Tumeurs papillaires des trompes. *Archives provinciales de Chirurgie*, 3 Mars 1906.
- TE LINDE R. W. — Tumeurs ovariennes à cellules granuleuses; leurs rapports avec les métrorragies de la ménopause. *American Journal of Obst. and Gyn.*, vol. xx, n° 4, Octobre 1930, p. 552.
- TIXIER et MICHON. — Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, t. ix, 1924, p. 253.
- TIXIER et POLLOSSON. — Fibromes utérins et tumeurs ovariennes chez les femmes âgées. *Gyn. et Obst.*, 1 Janvier 1925.
- TIXIER et POLLOSSON. — A propos du cancer du corps utérin; étude clinique et statistique. *Soc. de Chir. de Lyon*, 16 Octobre 1930.
- TIXIER et POLLOSSON. — A propos du cancer du corps utérin. *Lyon chirurgical*, t. xxviii, n° 1, 1931, p. 95.
- TOURNEUX. — La congestion utérine. *Le Concours Médical*, 8 Août 1926.
- TROITZKY A. — Sur la question de la dépendance des maladies de l'appendice et de celles des annexes de l'utérus. *Gazette hebd. des Sciences Méd. de Bordeaux*, 24 Mai 1929.
- VANVERTS J. — Coexistence d'un cancer du corps utérin et d'un cancer de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Lille*, 7 Mai 1930.
- VANVERTS et PAUCOT. — Métrorragies dues à des adhérences unissant l'ovaire à un appendice enflammé. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1913, 26 Février 1913, p. 463.
- VAYSSIERE. — De l'exploration intra-utérine, du curage et du curettage. *Marseille Médical*, n° 33, 15 Décembre 1925.
- VAYSSIERE. — Syphilis, métrorragies et ménorragies. *Revue Méd. de France et des Colonies*, Avril 1927.

- VIOLET. — Les renseignements fournis par l'hystérométrie dans le diagnostic des cancers du corps de l'utérus. *Lyon Médical*, 13 Novembre 1910.
- VIOLET. — Néoplasme du corps de l'utérus. *Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon*, 7 Décembre 1932.
- VIOLET. — Diagnostic et traitement du cancer du corps. XL^e Congrès français de chirurgie, in *Presse Med.* n° 32, 24 Octobre 1931, p. 1565.
- VIOLET. — Hémorragies utérines après une phase d'aménorrhée par follicule ovarien persistant. *Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon*.
- VOZZA. — Del carcinoma primitivo della salpinge. *Atti e Memorie della Soc. Lombarda di Obst. e Gyn.*, t. I, n° 5, 1933.
- WALDEYER L. — Zur frage der Reaktivierung von seitlichen menschlichen ovarien. *Zentralblatt für Gyn.*, t. LVIII, n° 48, 8 Décembre 1934.
- WEIL P. E. — Les hémorragies utérines post-ménopausiques. *Journal Médical Français*, 1925, 8 Août, p. 306.
- WEIL et ISCH-WAHL. — Les hémorragies utérines sans lésions utérines. Syndromes hémogéniques. IV^e Congrès français de Gynécologie, in *Presse Med.*, 24 Août 1935, p. 1335.
- WESTMANN A. — Réactivations d'ovaires humains séniles. *Zentralblatt für Gyn.*, t. LVIII, 12 Mai 1934.
- WURCHER. — Influence des hormones ovariennes sur la muqueuse utérine dans la ménopause. *Zentralblatt für Gyn.*, 2 Décembre 1933, n° 48, p. 2844.
- ZWEIFEL E. — Die postklimaterischen Blutungen als Kennzeichen für das Uteruskarzinom. *Deutsche Med. Woch.*, t. LVI, 15 Août 1930, p. 1388.
-



Table des Matières

INTRODUCTION	11
------------------------	----

I^{re} PARTIE

LES HEMORRAGIES POST-CLIMATERIQUES D'ORIGINE OVARIENNE

CHAP. I. — Historique	17
CHAP. II. — Etude anatomo-clinique	20
1) Les caractères cliniques de l'hémorragie	20
2) Etiologie. Exposé des observations	24
a) Les kystes de l'ovaire	24
b) Les tumeurs conjonctives	32
c) Les tumeurs épithéliales	36
d) Les tumeurs folliculaires	39
3) Les modifications utérines: Signification de l'hyperplasie de la muqueuse utérine	41
CHAP. III. — Interprétation pathogénique	45
1) La théorie de la congestion	45
2) La théorie neurogène trophique	46
3) La théorie hormonale	48

II° PARTIE

LES METRORRAGIES EXTRA-UTERINES,
NON OVARIENNES

CHAP. I. — Les affections de la trompe.....	59
1) L'endometriose tubaire	
2) Le cancer tubaire	
CHAP. II. — L'appendicite chronique.....	67
1) Exposé de l'observation	
2) Discussion	
CHAP. III. — Les métrorragies « médicales ».....	79
1) L'artério-sclérose métrorragique de l'utérus.....	80
2) La syphilis utérine	83
3) Les dyscrasies sanguines	87
4) Les métrorragies « diathésiques »	89

III° PARTIE

LES ETAPES DU DIAGNOSTIC

1) Nécessité d'un examen médical approfondi	95
2) Le toucher vaginal permet d'envisager trois hy- pothèses:	98
a) Présence d'une tumeur latéro-utérine.....	99
b) Métorrhagie mono-symptomatique	103
c) Métorrhagie mono-symptomatique rebelle..	113
CONCLUSIONS	117

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Les Métrorragies post-ménopausiques
d'origine extra utérine
par M. Jean AUSSILLÔUX

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 24 Juin 1937

Le Professeur :

RICHE

Vu :

Montpellier, le 25 Juin 1937

Le Doyen :

EUZIERE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 28 Juin 1937

Le Recteur :

Pour le Recteur,
Le Doyen Délégué :

ASTRUC

